

Institut für Erziehungswissenschaft
Sommersemester 2010
Betreuende Dozentinnen:
Prof. Dr. Barbara Stauber, Dr. Christine Riegel

EBERHARD KARLS
UNIVERSITÄT
TÜBINGEN



Der Umgang mit der sozialen Differenz Körper am Beispiel einer Beratungsstelle für Mädchen mit Essstörungen

Eingereicht am 02.02.2011

von:

Susanne Benzel
Reuchlinstraße 5
70178 Stuttgart
susanne.benzel@gmx.net

Saskia Bock
Bühler Str. 4
71034 Böblingen
saskiabock@gmx.net

Stephanie Warlies
Schloßhof 2
72138 Kirchentellinsfurt
stephanie.warlies@student.uni-tuebingen.de

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG	4
2. FORSCHUNGSFRAGE	5
3. THEORETISCHE RAHMUNG	6
3.1 Intersektionalität	6
3.1.1 Soziale Differenzen	7
3.1.2 doing difference.....	8
3.1.3 Die Triade race class gender	9
3.1.4 Körper als soziale Differenz	10
3.1.5 Diversität	11
3.2 Essstörungen	12
3.2.1 Magersucht.....	12
3.2.2 Bulimie.....	14
3.2.3 Übergewicht	15
3.2.4 Der Körper im Rahmen von Essstörungen	17
3.2.5 Behandlung von Essstörungen	17
4. METHODISCHES VORGEHEN	18
4.1 Methodologische Begründung	18
4.2 Forschungsdesign	18
4.3 Forschungsdesign	19
4.3.1 Triangulation	19
4.3.2 Die Dokumentenanalyse.....	20
4.3.3 Das Experteninterview	22
4.3.4 Forschungsdesign und Auswertung anhand der Grounded Theory.....	24
5. ERGEBNISPRÄSENTATION	27
5.1 Portrait des untersuchten Projektes	27
5.2 Ergebnisse der Dokumentenanalyse	28
5.2.1 Der Flyer zum Projekt	28
5.2.2 Die Internetseite der Beratungsstelle.....	30
5.2.3 Der Abschlussbericht der Beratungsstelle.....	31
5.2.4 Zeitungsartikel über die Beratungsstelle.....	35
5.2.5 Ergebnisse der Dokumentenanalyse	36
5.3 Ergebnisse der Interviewauswertung	38
5.3.1 Das offene Kodieren	38
5.3.2 Das axiale Kodieren - Kodierparadigmata	39
5.3.3 Das selektive Kodieren – „Beratung“ als Kernkategorie	41
5.3.4 Verdeutlichung der Ergebnisse der Interviewauswertung anhand des empirischen Materials	42
5.4 Triangulation der Ergebnisse	51
6. ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE	52

LITERATUR	56
ANHANG	59
Kodierparadigmata:Theoretische Modelle der Zusammenhängen der Kategorien aus dem selektiven Kodieren:	59
Leitfaden des ExpertInneninterviews:	66
Kurzfragebogen nach dem ExpertInneninterview:	69

1. Einleitung

Der vorliegende Bericht thematisiert das Forschungsprojekt „Umgang einer Beraterin mit dem Körper als sozialer Differenzlinie am Beispiel einer Beratungsstelle für Mädchen mit Essstörung“, welches im Rahmen zweier Seminare am Institut für Erziehungswissenschaft der Eberhard Karls Universität Tübingen durchgeführt wurde.

Die Seminare wurden von Frau Prof. Dr. Barbara Stauber und Dr. Christine Riegel angeboten und hatten die „Forschung und Entwicklung in Jugendhilfekontexten“ und die „Forschung und Entwicklung in der Sozialpädagogik – Differenz, Ungleichheit, Diskriminierungskritik. Thematisierung in der Sozialen Arbeit?“ zum Thema. Beide Seminare haben in enger Kooperation stattgefunden und wurden zusammengelegt, nachdem man sich in separaten Teilen zunächst theoretisch mit aktuellen Jugendhilfestudien und Theorieansätzen zu Intersektionalität, Diversität, Differenz und Diskriminierung auseinandergesetzt hatte.

In den folgenden gemeinsamen Sitzungen ging es darum sich in Gruppen zusammenzufinden und sich für eine der, von den Dozentinnen vorausgewählten möglichen Einrichtungen der Jugendhilfe und Jugendarbeit zu entscheiden.

Des Weiteren sollte dann über eine Fragestellung nachgedacht werden, welche sich für die eigene Projektarbeit und Untersuchung der Einrichtung eignet. Der Fokus sollte dabei auf das Thema „Diversität“ ausgerichtet sein. Als mögliches Ziel der Forschungsarbeit waren somit u.a. die Entstehung, Reproduktion und der Umgang mit Diversität, d.h. Formen von Ungleichheit, Differenz, Vielfalt, etc., in pädagogischen Handlungsfeldern denkbar. Unsere Entscheidung fiel auf eine Beratungsstelle für Mädchen mit Essstörungen.

Nachdem der Kontakt zu der zu untersuchenden Einrichtung hergestellt war, begab sich unsere Forschergruppe in die selbst zu gestaltende Erhebungsphase. Anschließend hat eine gemeinsame Sitzung zu Auswertungsmethoden stattgefunden. Am Ende des Semesters wurden der bisherige Forschungsstand und erste Ergebnisse im Plenum des Seminars präsentiert und diskutiert.

Im Folgenden soll das Forschungsprojekt nun genauer erläutert werden. Dazu möchten wir zunächst den Findungsprozess des Themas, „Umgang mit der sozialen Differenz Körper in einer Beratungsstelle für Mädchen mit Essstörungen“, genauer beleuchten.

Anschließend soll kurz auf Theorieansätze eingegangen werden, welche wir als Rahmung für das Projekt als relevant erachten. Dabei sollen vor allem Ansätze zu den Themenbereichen Intersektionalität und Essstörung kurz zusammengefasst werden.

Im vierten Teil unserer Arbeit möchten wir dann darauf eingehen, wie sich der Forschungsprozess an sich gestaltet hat. Es werden Erhebungs- und Auswertungsmethoden und -schritte dargelegt werden.

Im fünften Teil des Berichts werden wir die Ergebnisse unserer Forschung präsentieren, wobei wir diese u.a. anhand von Auszügen aus dem erhobenen Material verdeutlichen werden.

Zum Abschluss werden wir die wichtigsten Schritte und Ergebnisse unseres Projekts in einem Fazit noch einmal zusammenfassen und reflektieren, sowie einen Ausblick für die Praxis der Jugendhilfe und Jugendarbeit bezüglich des Umgangs mit sozialen Differenzen geben.

An dieser Stelle möchten wir uns noch einmal ganz herzlich bei der Beraterin für das Interview und die von ihr zur Verfügung gestellten Materialien für die Dokumentanalyse bedanken.

2. Forschungsfrage

Wir haben uns im Rahmen unseres Forschungsprojekts für eine Einrichtung entschieden, in welcher hauptsächlich Mädchenarbeit betrieben wird. Die Schwerpunkte stellen dabei v.a die Themen sexualisierte Gewalt, Gewaltprävention, soziales Lernen, sowie Beratung und Prävention zum Thema Essstörung dar. Das Hauptaugenmerk unserer Forschung liegt auf einem Projekt, welches den Bereich der Essstörung betrifft. Hierzu bietet die gewählte Einrichtung neben präventiven Projekten für Schulen und Selbsthilfegruppen auch Beratung für betroffene Mädchen und deren Angehörige an. Wir konzentrieren uns innerhalb dieses Projektes auf die Beratung zum Thema Essstörung, um unser Forschungsvorhaben im zeitlich begrenzten Rahmen des Seminars bewältigen zu können.

In Anlehnung an das Konzept der Intersektionalität von Degele und Winker (2009) haben wir uns dazu entschlossen die von Degele und Winker Differenzlinie Körper genauer zu betrachten. Dies bietet sich schon aufgrund der Thematik der Essstörung an, welche sowohl als Krankheit klassifiziert ist, als auch für verinnerlichte Körpernormen steht und in welcher auch Attraktivität eine große Rolle spielt. Natürlich sind dabei noch viele weitere Punkte zu berücksichtigen, auf welche an anderer Stelle des Berichts näher eingegangen werden soll. Da die untersuchte Einrichtung auf Mädchenarbeit spezialisiert ist, spielt auch die Kategorie Geschlecht offensichtlich eine Rolle. Die sich daraus ergebende Fragestellung für unser Forschungsprojekt war somit:

„Wie wird in der Beratung für Mädchen mit Essstörungen mit den Differenzlinien Körper und Geschlecht umgegangen?“

Darüber hinaus wollten wir herausfinden, welche Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Differenzlinien im Kontext der Beratung für Mädchen mit Essstörung bestehen bzw. welche sozialen Ungleichheiten daraus resultieren.

3. Theoretische Rahmung

3.1 *Intersektionalität*

Um den Umgang mit sozialen Differenzen wie z.B. Geschlecht oder Körper¹ zu beleuchten, wird hier eine intersektionelle Perspektive herangezogen. Das Ziel einer intersektionellen Analyseperspektive ist die komplexe soziale Wirklichkeit der Verwobenheiten von Differenzen aus einer multiplen Perspektive zu betrachten sowie Handlungsoptionen für die Forschung und Praxis abzuleiten. Der Begriff Intersektionalität wurde im Zuge der feministischen Forschung 1989 von der Rechtswissenschaftlerin Kimberlé Crenshaw in Anlehnung an die Metapher einer Kreuzung eingeführt, um zu verdeutlichen, dass schwarze Frauen sich in einem Schnittpunkt von der Differenz, Geschlecht und Ethnizität befinden, aus diesem folglich mehrfach Diskriminierungen hervorgehen können. Sie erweiterte damit die eindimensionale Perspektive auf schwarze Frauen, die entweder als Schwarze oder als Frauen betrachtet wurden, was das Zitat einer schwarzen Frau „Ain't I a woman“ verdeutlicht.

„Consider an analogy to traffic in an intersection, coming and going in all four directions. Discrimination, like traffic to an intersection, may flow in one direction, and it may flow in another. If an accident happens in an intersection, it can be caused by cars travelling from any number of directions and, sometimes, from all of them. Similarly, if a black woman is harmed because she is in the intersection, her injury can result from sex discrimination or race discrimination“ (Crenshaw, 1989: 149).

Intersektionalität verweist damit auf eine Kreuzung zwischen unterschiedlichen sozialen Differenzen. Historisch begründet, steht meistens die Triade gender, race² und class³ als zentrale ungleichheitsgenerierende Strukturkategorien im Fokus, welche auf allen gesellschaftlichen Ebenen wirksam sind. Daneben können prinzipiell eine unbegrenzte Anzahl von Kategorien (wie z.B. Sexualität, Ethnizität, Hautfarbe, Nation, Staat, Nationalität, Religion, Sprache, Besitz, Klasse/Sozialstatus, politisches System/Verortung, Geographische Lage, gesellschaftlicher Entwicklungsstand, Gesundheit/Behinderung,

¹ Die Kategorie Körper beinhaltet die körperliche Verfasstheit und Leistungsfähigkeit, Gesundheit, Attraktivität, Alter, subtile Verinnerlichung erwünschter Körpernormen, Optimierung sowie Modifikation von Körperlichkeit, und bezogen auf den Arbeitsmarkt besteht ein Maximierungspostulat (vgl. Winker/Degele, 2009).

² Mit Rücksicht auf die nationalsozialistische Vergangenheit wird hier der englische Begriff *race* statt Rasse verwendet „um die biologischen und besonders die faschistischen Konnotationen des Begriffs zu vermeiden“ (Dietze, 2001, zitiert nach Degele/Winker, 2007).

³ Die Aufzählung von race, class und gender unterliegt hier keiner Rangfolge oder Hierarchisierung. Sie erfolgt deshalb in dem vorliegenden Forschungsbericht auch unterschiedlich.

Alter/Generation, Bildung...) (vgl. Riegel, 2009) einbezogen werden. Aus diesen Differenzlinien resultieren Herrschaftsverhältnisse wie z.B. Sexismen, Heteronormativismen, Klassismen, Rassismen, Agismen oder Bodyismen, welche ebenfalls miteinander verwoben sind und ungleichheitsstrukturierend wirken (vgl. Riegel, 2010: 69). Es sind jedoch nicht alle möglichen Diversitäten vergleichbar relevant in ihren Aus-Wirkungen. Ein Brillenträger z.B. mag sich eingeschränkt fühlen durch seine Sehschwäche im Unterschied zu anderen, was aber nicht mit den möglichen Diskriminierungserfahrungen eines schwarzen in Deutschland lebenden zu vergleichen ist (vgl. Leiprecht, 2008: 435).

Die Wechselwirkungen von sozialen Differenzen als Schnittpunkte beziehen sich auf Subjekte, soziale Praxen, institutionelle Kontexte, sowie auf die gesellschaftlichen Strukturen, wobei wir uns in diesem Forschungsprojekt auf der Institutionsebene befinden unter Berücksichtigung der anderen Ebenen. Bei einer intersektionellen Analyseperspektive werden weder die Differenzen einfach addiert, noch soziale Ungleichheiten als Summe von einzelnen Kategorien gewertet. Vielmehr stehen die Dynamik sowie der Prozesscharakter zwischen und innerhalb der Kategorien, bezogen auf den jeweiligen Kontext, im Zentrum.

3.1.1 Soziale Differenzen

Dem intersektionellen Ansatz liegt die Annahme zugrunde, dass die Differenzkategorien sozial konstruiert, historisch entstanden und damit veränderbar sind. Beispielsweise hat sich die Vorstellung von einem attraktiven Körper über die Jahrhunderte stark gewandelt. Die einzelnen Differenzen werden in sozialen Interaktionen, durch soziale Praxen und Strukturkategorien hergestellt, reproduziert oder durchbrochen. Differenzen wie z.B. Geschlecht, Ethnizität oder Körper sind nicht neutral, sondern mit Wertungen verbunden, welche die Gesellschaft einteilt. Der Körper z.B. gestaltet Interaktion mit, aus denen Unterscheidungsprozesse folgen, die mit Auf- und Abwertungen sowie Ein- und Ausgrenzungsprozessen verbunden sind. Es ist ein Unterschied, ob ein Mädchen eher dünn ist und damit die gegebenen Schönheitsideale der westlichen Gesellschaft widerspiegelt, oder ob es übergewichtig ist und negativ konnotierte Attribute wie faul oder träge zugeschrieben bekommt. Hier wird ausgehandelt, was als normal und Abweichung gilt bzw. erwünscht oder unerwünscht ist, bedingt durch soziale Repräsentationen und Strukturen. Gemein ist den Differenzkategorien (z.B. Geschlecht) ein Grunddualismus: „zwischen einer dominierenden und einer dominierten Seite (...), die jeweils diametral entgegengesetzt, als normal vs. abweichend bzw. zugehörig vs. nicht zugehörig gewertet werden. So wird die Kategorie bipolar in einerseits ‚männlich‘ (dominierende Seite) und ‚weiblich‘ (dominierte Seite) eingeteilt und schlägt sich in dieser Weise auch auf die Konstruktion sozialer Wirklichkeit nieder“ (Riegel, 2009: 9). Aus dieser Hierarchie resultieren Dominanz- und Machtverhältnisse auf der einen Seite und Unterdrückungs- sowie soziale Benachteiligungsverhältnisse auf der anderen Seite. Die soziale Wirklichkeit in der sich das

Individuum bewegt, ist geprägt von Differenzen, die miteinander agieren, sich überlagern und gegenseitig verstärken oder verdecken können sowie kontextabhängig sind. Beispielsweise hat das Übergewicht bei einer Jugendlichen im Sportunterricht eine andere Bedeutung als im Mathematikunterricht. In einer weiteren Situation steht bei der Jugendlichen nicht nur der Körper, sondern auch das Geschlecht als Differenz im Vordergrund, was zu Abwertungen hinsichtlich der Attraktivität führen kann. Es kommt zu einem Zusammenspiel mehrerer sozialer Differenzen, die miteinander in Beziehung stehen und sich wechselseitig verstärken können, was sich auf die Identitätskonstruktion⁴ auswirkt, und das Handlungsvermögen rahmt. Eine intersektionelle Perspektive kann das Interaktionsfeld aus diesen Wechselwirkungen, Überlagerungen und Interdependenzen von sozialen Kategorien mehrperspektivisch und unter Einbeziehung von mehreren gesellschaftlichen Ebenen beleuchten. Im Folgenden wird die Konstruktion von sozialen Differenzen auf der Subjektebene erläutert.

3.1.2 doing difference

„Doing difference“ ist eine Theorie aus der ethnomethodologischer Perspektive mit dem die intersubjektive Herstellung von sozialen Differenzen expliziert wird. Das „doing of difference“ meint nach Fenstermaker und West (2001) Interaktionen, die soziale Differenzen wie Geschlecht, race und Klasse permanent hervorbringen, woraus Ungleichheiten resultieren. „(...) unser Handeln wird von uns selbst und von den anderen auf der Basis von klassen-, ethniespezifischen und geschlechtsspezifischen Erwartungen beurteilt und verständlich gemacht (...). Diese Erwartungen basieren auf dem (Hintergrund-)Wissen und Erfahrungen aus vergangenen Interaktionen, die sich zu einer historischen und institutionellen Praxis verdichtet haben“ (Fenstermaker/West, 2001: 238). Damit werden aktive Herstellungsprozesse („doing difference“) von Differenzen eine Normalität, welche die damit verbundenen Ungleichheiten „natürlich“ werden lassen, und die Reproduktion derselben legitimiert. Erst durch „doing difference“-Prozesse werden soziale Differenzen in Wechselseitigkeit mit den verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen konstruiert. Das heißt „Menschen schaffen Strukturen durch ihr Handeln, und dieses Handeln wird durch frühere Strukturen ermöglicht und gleichzeitig auch begrenzt (Molotch, Freudenburg und Paulsen, 2000, zitiert nach Fenstermaker/West, 2004). Nach dieser Perspektive können Herstellungsprozesse von Differenzen sowohl in Interaktionen reproduziert als auch durchbrochen werden. Unterscheidungsformen können sich auch in sprachlicher Form manifestieren. Durch Performativität (to perform: etwas tun, etwas vollbringen) können Differenzen als soziale Tatsache hergestellt werden. Performativität bezeichnet „ein

⁴Mit Identitätskonstruktionen sind hier abgrenzende Orientierungen gemeint, die bedingt sind durch soziale Differenzen, welche durch die Ab- und Ausgrenzung von anderen die Unsicherheiten in der eigenen sozialen Position vermindern sollen mit der häufigen Folge des Aufrechterhaltens von sozialen Differenzen (vgl. Winker/Degele, 2009: 61).

Sprechen, das das herstellt, was es bezeichnet, so dass das Gesprochene zur sozialen Tatsache wird und wirklichkeitserzeugend wirkt“ (Plößer, 2010: 219). Diese sozialen Tatsachen in Form von sozialen Differenzen manifestieren sich u.a. auf der Ebene der sozialen Strukturen welche die Gesellschaft einteilt.

3.1.3 Die Triade race class gender

Diese sind „als zentrale Differenzlinien sozialer Ungleichheit, für die Lebenslagen von Individuen und deren Handlungsmöglichkeiten strukturell und sozial wirksam, auch in Situationen, in denen es nicht zu unmittelbar ausgrenzenden oder diskriminierendem Handeln kommt“ (Riegel, 2009: 4). Bei der Strukturkategorie Geschlecht wird vor allem zwischen dem biologischen Geschlecht „sex“ (Anatomie, Morphologie, Physiologie, Hormone, Chromosome etc.) und dem sozialen Geschlecht „gender“ differenziert. Mit dem sozial konstruierten Geschlecht („gender“) sind kulturelle Prägungen und gesellschaftliche Erwartungen sowie Zuschreibungen gemeint (vgl. Gildemeister, 2006). Prämisse dieses Ansatzes ist, dass „Vorstellungen und Konzepte des biologischen Körpers nicht einfach „natürlich gegeben“ sind, sondern Produkte historischer, gesellschaftlich-kultureller Interpretation“ (Gildemeister, 2006: 7). Die Konstruktion des sozialen Geschlechts wird in Interaktionen durch „doing gender“-Prozesse (West/Fenstermaker, 1987, vgl. Gildemeister, 2006) erzeugt, welche bedingt sind durch die jeweilige gesellschaftlichen Vorstellungen, Erwartungen von und an das „Frausein“ und „Mannsein“. Diese Klassifikation von Geschlecht beeinflusst soziale Positionen, aus denen soziale Ungleichheiten resultieren, welche strukturell verankert sind. Heute bewegen sich Mädchen und Frauen zwischen einem Mythos der Gleichberechtigung und der Erreichbarkeit dieser und den nach wie vor bestehenden Ungleichheiten (vgl. Stauber, 2009).

Bei der Strukturkategorie race handelt es sich ebenfalls um eine soziale Konstruktion aufgrund von physiologischen oder kulturellen Differenzen. Dabei geht es um eine „Art der Unterscheidung und der hierarchischen Bewertung von Menschen auf der Grundlage ausgewählter verkörperlichter Eigenschaften (seien sie real oder zugeschrieben), die dazu herangezogen werden, um eine Gruppe unterzuordnen, auszuschließen und auszubeuten“ (Wacquant, zitiert nach Winker /Degele, 2009: 46).

Unter der Strukturkategorie Klasse fassen Winker/Degele, (2009: 42) in Anlehnung an Pierre Bourdieu drei Ressourcen zusammen, welche die Lebenslagen von Individuen rahmen. Erstens die über die soziale Herkunft vermittelte ökonomische Ressource Vermögen, Geld und Besitz, zweitens die kulturelle Ressource Bildung und Beruf und drittens die soziale Ressourcen in Form von Netzwerken und Beziehungen. Die drei Ressourcen stehen miteinander in Verbindung und bedingen sich gegenseitig, was zu Positionierungen von Menschen in einem „sozialen Raum von Unterschieden“ (Bourdieu, 1998, zitiert nach Winker/ Degele, 2009: 43) führt.

Die drei Strukturkategorien race, class und gender sind miteinander verknüpft und je nach Kontext unterschiedlich relevant. Zudem erhalten sie die ungleiche Ressourcenverteilung aufrecht, was sich auf die Handlungsmächtigkeit des Individuums auswirkt.

3.1.4 Körper als soziale Differenz

Der Körper als soziale Differenz wird in unserer heutigen westlichen Gesellschaft immer bedeutsamer. Auf der einen Seite fungiert er als Ausdruck von Gesellschaft, als von ihr sozial geformt. Auf der anderen wird soziale Realität durch ihn hergestellt. Der Körper gestaltet soziale Interaktionen mit, indem er in einer bestimmten Art und Weise inszeniert wird, und damit Soziales (re)produziert. Dabei spielen z.B. Attraktivität, Behinderung, Leistungsfähigkeit oder kulturelle Inszenierungen eine Rolle, welche die Interaktionen rahmen. Die Differenz Körper schließt sowohl Körperhandeln⁵ als auch das Körpererleben ein. Körperhandeln beschreibt den Gebrauch von Körper, z.B. das Modellieren durch Hungern und Sport, sowie die Inszenierung des Körpers in Interaktionen. Körperhandeln beruht auf Körpererleben. Mit Körpererleben ist die Wahrnehmung des eigenen Körpers verbunden⁶. Menschen mit Magersucht und Bulimie z.B. nehmen ihren Körper oft anders wahr als die Norm, was folglich ihr Körperhandeln bestimmt. Beides hängt voneinander ab und ist durch gesellschaftliche Bilder, Vorstellungen und Ideale von Körper geprägt. Aufgrund der Relevanz von Körper auf allen gesellschaftlichen Ebenen nehmen Winker und Degele (2009) Körper als vierte Strukturkategorie auf. „Körper erscheinen im Zuge mechanischer, genetischer, psychischer und physiologischer Manipulierbarkeit immer weniger als Naturtatsache, sondern als Kulturprodukte“ (Wehling u.a., 2005, zitiert nach Winker/Degele, 2009: 49). Der Körper wird für (Schönheits-)Ideale modelliert, um gesellschaftlichen Normen und Werten zu entsprechen. Zudem fungiert der Körper als Kapital für die Erwerbstätigkeit. Es gilt diesen zu optimieren, um Leistung zu gewährleisten, die Körper müssen „employable“ (Schroer 2005, Degele/Schmitz 2009, zitiert nach Winker/Degele, 2009: 49) sein. Gesundheit, d.h. der Erhalt und die Funktionsfähigkeit des Körpers, fällt dabei in die Eigenverantwortung. Körper lassen sich „als Quelle (source) zu Hervorbringung und kreativen Gestaltung sozialen Lebens begreifen, als Ort (location), in den gesellschaftliche Strukturen einwirken sowie als Mittel (means), durch das Individuen positioniert und soziale Strukturen gebildet werden“ (Shilling, 2005, zitiert nach Winker/Degele, 2009: 50). Der Körper hat somit eine Funktion für die Identitätskonstruktion der Betroffenen, in Interaktionen und für die Gesellschaft insgesamt. Dem Körper als soziale Differenz wird bei Essstörungen eine besondere Bedeutung zugeschrieben. Auf der einen

⁵ In Anlehnung an Abraham, Anke; Müller, Beatrice (Hg.) (2010): Körperhandeln und Körpererleben. Multidisziplinäre Perspektive auf ein brisantes Feld. Transcript Verlag, Bielefeld

⁶ Vergleich auch die Unterteilung in Körper und Leib. Mit Körper ist das Körper-Haben gemeint, d.h. die Fähigkeit mit ihm umzugehen, zu handeln, sich von ihm zu distanzieren und über ihn nachzudenken. Der Leib beinhaltet das subjektive innere Erleben und die affektiven Qualitäten (vgl. Villa: 2006)

Seite repräsentiert und betont er in Form von Magersucht die von der Gesellschaft verbreiteten (Schönheits-) Ideale in überzogener Form, verbunden mit Zuschreibungen von Disziplin oder Leistung. Auf der anderen Seite sind mit Übergewicht/Adipositas negativ konnotierte Eigenschaften wie Kontrollverlust, „Sich-gehen-lassen“ oder Maßlosigkeit verbunden. Im Zusammenhang mit dem Intersektionalitätsansatz stellt das Diversity Konzept eine Handlungsperspektive bezogen auf soziale Differenzen dar. Diese kann den Blick auf die Differenz Körper in Form von Essstörungen bereichern, denn Therapien und Beratungen von Menschen mit Essstörungen finden nicht abgeschnitten von gesellschaftlichen Einflüssen statt.

3.1.5 Diversität

Im Umgang mit sozialen Differenzen bedarf es eine besondere Perspektive, welche die intersektionellen Prozesse sowie die eigene professionelle gesellschaftliche Verankerung und den daraus resultierenden Unterscheidungsprozesse berücksichtigt. Als Vereinigung dieser Anforderungen bietet der Diversitätsansatz eine „Dachkonstruktion“ (vgl. Leiprecht, 2008) im Umgang mit sozialen Differenzen an. Der Begriff Diversität/Diversity in den Sozialwissenschaften bezieht sich auf die sozialen Differenzen „*innerhalb* der Menschenwelt, die im Rahmen historischer und gesellschaftlicher Prozesse von Menschen gemacht und mit bestimmten *sozialen* Bedeutungen versehen wurden“ (Leiprecht, 2008: 427; vgl. Kapitel 3.1). Diversity bezieht sowohl Theorien und Disziplinen, die sich mit sozialen Differenzen beschäftigen, ein sowie die Forschung zu diesem Thema, als auch die Praxis, d.h. den Umgang mit sozialen Differenzen, welcher im Folgenden ausgeführt wird. Eine diversitätsbewusste Perspektive ist subjektbezogen und berücksichtigt intersektionelle Prozesse, welche den Blick der strukturellen Differenzen implizieren (vgl. Kapitel 3.1.3). In der Arbeit mit Adressaten steht nicht mehr nur eine Differenz im Vordergrund z.B. Geschlecht, Migration oder Körper, sondern das Individuum wird in dem Zusammenwirken dieser Differenzen und dem jeweiligen Kontext gesehen. Daraus leiten sich folgende Fragen für den Umgang von Körper als soziale Differenzlinie bezogen auf Essstörungen ab (vgl. Leiprecht, 2008: 434):

- Weshalb, in welcher Weise und mit welchen Folgen spielt ein bestimmtes Ensemble von Differenzlinien in einem konkreten sozialen Kontext eine Rolle?
- Weshalb, in welcher Weise und mit welchen Folgen wird in diesem sozialen Kontext beispielsweise die Frage nach dem Körper, oder Essstörung besonders bedeutsam?

Die Perspektive eröffnet den Blick für verdeckte Differenzen und Mechanismen der Benachteiligung, Diskriminierung und Stigmatisierung. Ein solches Reflexionsvermögen beinhaltet ebenfalls die eigenen Differenzierungsprozesse als Professionelle, welche nicht im luftleeren Raum agieren, sondern selbst verortet sind in Organisation oder Institution, welche wiederum Teil der Gesellschaft ist. Durch die eigenen „doing difference“-Handlungen (vgl.

Fenstermaker/West, 2001) können Professionelle entweder soziale Differenzen und die damit einhergehenden Ungleichheiten reproduzieren oder durchbrechen. Zusammenfassend sollte der Umgang mit sozialen Differenzen am Beispiel von Essstörungen die verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen im Hinblick auf das Subjekt als auch auf der Seite der Professionellen einbezogen werden. Wofür die intersektionelle Perspektive und der Diversitätsansatz als auch der Blick auf die Wirkung von Sprache der kritischen Reflexion der eigenen Professionalität als BeraterIn oder TherapeutIn dienen können.

3.2 Essstörungen

Abweichendes Essverhalten und die Bewertungen von Körperformen unterliegen sowohl gesellschaftlichen Körperidealen als auch medizinischen Diskursen. Die medizinisch-psychologische Diagnostik arbeitet normorientiert, d.h. es gilt ein bestimmter Bereich als normal oder gesund und Abweichungen davon werden als Krankheit oder Störung diagnostiziert. Berücksichtigt werden dabei das Leiden des Individuums sowie das der sozialen Umwelt, als auch kulturelle Faktoren. Aus dieser Perspektive werden im Folgenden die Formen der Essstörungen vorgestellt. Die medizinische Klassifikation von Essstörungen begann im 19. Jahrhundert, wobei Vorformen der Magersucht bereits seit Jahrhunderten z.B. in religiösen Kontexten bestanden (vgl. Habermas, 2008). Essstörungen treten häufig in Mischformen auf und können sich über den Verlauf verändern.

3.2.1 Magersucht

Das Internationale Klassifikationssystem psychischer Störungen (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation legt folgende diagnostische Kriterien für die Anorexia nervosa (F50.0) fest:

1. Tatsächliches Körpergewicht mindestens 15% unter dem erwarteten (entweder durch Gewichtsverlust oder nie erreichtes Gewicht) oder BMI⁷ von 17,5 kg/m² oder weniger. Bei Patientinnen in der Vorpubertät kann die erwartete Gewichtszunahme während der Wachstumsperiode ausbleiben.
2. Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch:
 - a) Vermeidung von hochkalorischen Speisen sowie eine oder mehrere folgenden Verhaltensweisen:
 - b) selbstinduziertes Erbrechen
 - c) selbstinduziertes Abführen
 - d) übertriebene körperliche Aktivität
 - e) Gebrauch von Appetitzüglern oder Diuretika (harntreibende Mittel)

⁷ Der Body-Mass-Index wird zur Messung des Gewichts herangezogen. Er errechnet sich aus dem Körpergewicht geteilt durch die Körpergröße in Metern zum Quadrat (kg:m²) (vgl. BZgA, 2004: 8).

3. Körperschemastörung in Form einer spezifischen psychischen Störung: die Angst, zu dick zu werden, besteht als eine tief verwurzelte überwertige Idee; die Betroffenen legen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst fest.
4. Eine endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonade-Achse. Sie manifestiert sich bei Frauen als Amenorrhoe und bei Männern als Libido- und Potenzverlust. Eine Ausnahme ist das Persistieren vaginaler Blutungen bei anorektischen Frauen mit einer Hormonsubstitutionsbehandlung zur Kontrazeption. Erhöhte Wachstumshormon- und Kortisolspiegel, Änderungen des peripheren Metabolismus (Stoffwechsel) von Schilddrüsenhormonen und Störungen der Insulinsekretion können gleichfalls vorliegen.
5. Bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät ist die Abfolge der pubertären Entwicklungsschritte verzögert oder gehemmt (Wachstumsstopp; fehlende Brustentwicklung und primäre Amenorrhoe bei Mädchen; bei Knaben bleiben die Genitalien kindlich). Nach Remission wird die Pubertätsentwicklung häufig normal abgeschlossen, die Menarche tritt aber verspätet ein.

Epidemiologie:

Die Lebenszeitprävalenz⁸ der Anorexia nervosa liegt zwischen 0,5-1%. Die Inzidenz (Neuerkrankungen) war bis in die 1970er ansteigend und seitdem eher stabil. Jedoch ließ sich in jüngsten Untersuchungen eine Zunahme der Erkrankungsrate von 14- bis 18-Jährigen nachweisen (vgl. Herpertz-Dahlmann, 2008: 19)⁹. Bei Mädchen liegt der Beginn zwischen 10 und 19 Jahren und im Durchschnitt bei 14 Jahren. Das Geschlechterverhältnis beträgt 12:1, zugunsten des weiblichen Geschlechts (vgl. Schulze/von Wietersheim, 2009: 342). Die Mortalität liegt bei 10-15% (vgl. BZgA, 2004: 16). „Anorexiepatientinnen weisen gemeinsam mit der Gruppe der Suchterkrankten die höchste Mortalitätsrate bei psychischen Erkrankungen auf“ (Zipfel/Löwe/Herzog, 2008: 46).

Ätiologie¹⁰ (vgl. Knölker/Mattejat, Schulte-Markwort, 2007: 323):

Die Entstehung von Magersucht wird bedingt von psychologischen, soziokulturellen, biologischen sowie genetischen Faktoren. In Zwillingsuntersuchungen konnte eine genetische Disposition erwiesen werden. Biologische Faktoren sind vor allem in der Aufrechterhaltung der Essstörung relevant. Auf der psychologischen Ebene bestehen Schwierigkeiten beim Autonomie- und Ablösungsprozess sowie Angst vor emotionaler und

⁸ Prävalenz meint die Häufigkeit einer Erkrankung in einer bestimmten Population zu einem bestimmten Zeitpunkt.

⁹ Die Frage ob Essstörungen ab- oder zugenommen bzw. gleich geblieben sind ist aufgrund methodischer Schwierigkeiten schwer zu beantworten. Auch wird eine hohe Dunkelziffer bei Essstörungen vermutet. Zudem ist davon auszugehen, dass die Auftretenshäufigkeit in epidemiologischen Studien eher unterschätzt wird (vgl. Wunderer/Schnebel, 2008: 44 f).

¹⁰ Gesamtheit der Faktoren die zu einer Krankheit geführt haben.

körperlicher Reifung. Durch das Hungern kommt es zur Vermeidung der Ausbildung von sekundären Geschlechtsmerkmalen, was mit einer Regression einhergeht. Bei einem Teil der Gruppe von Magersüchtigen besteht in der Vorgeschichte ein sexueller Missbrauch. Die Ergebnisse von klinischen Studien beschreiben die Persönlichkeit von Mädchen mit Magersucht als angepasst, abhängig und perfektionistisch. Bei Familien von Betroffenen finden sich schwierige Interaktionsmuster von Konfliktvermeidung, Überbehütung, Rigidität sowie Verstrickungen und wechselnde Koalitionsbildung (Groß, 2008: 55). Zu den soziokulturellen Einflüssen zählen die in Kapitel 3.1 dargestellten in der Sozialstruktur verankerten und durch soziale Repräsentationen überlieferten (Schönheits-)Ideale, welche auch Leistung, Anpassung an die Norm, Perfektionismus, als auch körperliche Makellosigkeit durch das Modellieren, z.B. in Form von Diäten desselbigen beinhalten. Diese Internalisierung der soziokulturellen Ideale werden in Interaktionen vor allem mit Peers (re)produziert. Im Vergleichen und Konkurrieren wird diskriminiert mit der Folge von Auf- und Abwertungen. Auslöser der Essstörung können wie bei anderen psychischen Erkrankungen ein kritisches Lebensereignis (Scheidung, Trennung, Krankheit in der Familie) sein, eine Veränderung wie z.B. ein Umzug, chronische Belastungen oder neue Anforderungen (Überforderungen) (vgl. Groß, 2008: 56).

3.2.2 Bulimie

Wie bei der Magersucht besteht bei der Bulimie ebenfalls die Angst vor einer Gewichtszunahme sowie eine Körperwahrnehmungsstörung. Die Symptomatik ist geprägt von Heißhungeranfällen mit anschließendem Erbrechen. Das ICD-10 legt folgende diagnostische Kriterien für eine Bulimia nervosa fest (F50.2):

1. Eine andauernde Beschäftigung mit Essen, eine unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln; die Patientin erliegt Essattacken, bei denen große Mengen Nahrung in sehr kurzer Zeit konsumiert werden.
2. Die Patientin versucht, den dickmachenden Effekt Nahrung durch verschiedene Verhaltensweisen entgegenzusteuern: selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, zeitweilige Hungerperioden, Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika. Wenn die Bulimie bei Diabetikerinnen auftritt, kann es zu einer bewussten Dosisreduktion von Insulin kommen.
3. Eine der wesentlichen psychopathologische Auffälligkeit besteht in einer krankhaften Furcht davor, dick zu werden; die Patientin setzt sich eine scharf definierte Gewichtsgrenze weit unter dem prämorbidem, vom Arzt als optimal oder „gesund“ betrachteten Gewicht. Häufig lässt sich in der Vorgeschichte mit einem Intervall von einigen Monaten bis zu mehreren Jahren die Episode der Anorexia nervosa nachweisen. Diese frühere Episode kann voll ausgeprägt sein oder war eine

verdeckte Form mit mäßigem Gewichtsverlust und/oder einer vorübergehenden Amenorrhoe.

Im ICD-10 besteht noch eine Restkategorie von atypischen Essstörungen, welche u.a. die Binge-Eating-Störung, (*binge*: Gelage; Essanfälle ohne gegenregulierende Maßnahmen) und die Purging-Disorder (*to purge*: reinigen; bereits nach normalen Mahlzeiten werden gegenregulierende Maßnahmen wie z.B. Erbrechen eingesetzt, es bestehen keine Essattacken) beinhaltet (vgl. de Zwaan/Mühlhans, Teufel/Zipfel, 2008).

Epidemiologie:

Die Lebenszeitprävalenz der Bulimia nervosa liegt bei 0,3-1%. Der Beginn der Erkrankung setzt im Vergleich zur Magersucht später ein. Der Altersgipfel bei der Ersterkrankung liegt zwischen 15,7 und 18,1 Jahren. Hinsichtlich der Inzidenz divergieren die Aussagen je nach Studie. Auf der einen Seite ist die Anzahl der Neuerkrankungen seit der zweiten Hälfte der 1990er Jahren eher rückläufig. Anderen Studien zufolge besteht jedoch ein Anstieg in der Altersgruppe von 15–20 Jahren. Jungen repräsentieren ein Fünftel aller an Bulimie erkrankten, Männer bereits ein Zehntel. Insgesamt steigt der Anteil der Männer mit einer Essstörung (vgl. Schulze/von Wietersheim, 2009: 342; Jacobi/de Zwaan, 2006: 889).

Ätiologie:

Die bei der Magersucht beschriebenen ätiologischen Faktoren haben für die Entstehung der Bulimie ebenfalls eine große Bedeutung (psychologische, familiäre und soziokulturelle), weshalb sie hier nicht wiederholt werden. Die Symptomatik der Bulimie geht mit großen Schamgefühlen einher und wird daher lange versteckt und geheim gehalten. Im Unterschied zur Anorexia nervosa besteht bei der Bulimie ein bedeutend niedrigeres Selbstwertgefühl und Impulsivität mit einer hohen Komorbidität zu Persönlichkeitsstörungen und anderen psychischen Störungen (selbstverletzendes Verhalten, Substanzmittelgebrauch, Angststörungen, Depression) (vgl. Knölker et al., 2007: 330).

3.2.3 Übergewicht

Bei Adipositas besteht Uneinigkeit darüber, inwiefern sie als Krankheit zu sehen ist. Das ICD-10 führt Adipositas als körperliche Krankheit, während das amerikanische DSM-IV¹¹ von einer Klassifikation als psychische Krankheit absieht (vgl. Stahr/ Barb-Priebe/Schulz, 2010: 27). Für die Diagnose ist folglich ausschließlich das Gewicht entscheidend. Die Begriffe Übergewicht und Adipositas werden oft synonym verwendet, obgleich ihnen eine differenzierte medizinische Klassifikation zugrunde liegt.

¹¹DSM-IV = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (amerikanisches Klassifikationsmanual psychischer Störungen).

„Eine Adipositas besteht, wenn der Anteil des Fettgewebes an der Gesamtkörpermasse über eine definierte Grenze kritisch erhöht ist (...). Während bei der Adipositas die erhöhte Fettmasse ausschlaggebend ist, liegt ein Übergewicht vor, wenn das körperhöhenbezogene Körpergewicht ein bestimmtes Maß übersteigt. Adipositas ist in den meisten Fällen mit Übergewicht verbunden, aber übergewichtige sind nicht zwangsläufig adipös“ (Kromeyer-Hausschild, 2005: 4).

Unter Adipositas wird eine abnorme Ausprägung des Fettgewebes durch übermäßige Kalorienzufuhr verstanden (vgl. Knölker, et al., 2007: 333). Die Diagnose erfolgt über den BMI: Übergewicht besteht zwischen einem BMI von 25,0-29,9 kg/m², der Adipositas Grad I beginnt 30,0-34,9 kg/m², der Adipositas Grad II geht von 35-39,9 kg/m², die extreme Adipositas, Grad III wird ab einem BMI von \geq 40 kg/m² diagnostiziert (vgl. Wunderer/Schnebel, 2008: 32). Bei Kindern und Jugendlichen werden geschlechts- und altersbezogene BMI-Perzentile verwendet. Wobei Adipositas mit der 97. Perzentile definiert wird und als Übergewicht gilt, wer zwischen der 90. und 97. Perzentile liegt. Da das Interesse des Forschungsprojektes auf einer Beratungsstelle für Mädchen mit Essstörungen liegt, werden hier die Angaben zur Prävalenz von Übergewicht und Adipositas aus dem Kinder- und Jugend-Survey (KiGGS)¹² herangezogen. „15% der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3–17 Jahren sind übergewichtig, 6,3% adipös. Im Alter von 3–6 Jahren sind 2,9%, im Alter von 7–10 Jahren 6,4% und im Alter von 14–17 Jahren 8,5% adipös“ (Wiesner, 2008: 257). Seit den 1980er Jahren hat sich somit Übergewichtigkeit bei Kindern verdoppelt. Zu den Risikogruppen zählen Kinder aus Familien mit niedrigem sozialem Status, mit Migrationshintergrund und mit übergewichtigen/adipösen Müttern. Jedoch hat die Übergewichtigkeit über alle sozialen Schichten zugenommen (vgl. ebd.).

Ätiologie:

Neben einer genetischen Disposition stehen hier die familiären Essgewohnheiten, gesellschaftlicher Nahrungsmittelüberfluss, mangelnde Bewegung sowie eine frühe Kopplung zwischen psychischen Bedürfnissen und der Befriedigung dieser durch Nahrung (vgl. Knölker et al, 2007: 334). Im Gegensatz zu den anderen beiden Essstörungen ist Adipositas mit Diskriminierungen und Stigmatisierungen verbunden, die bis zum Mobbing führen können.

Insgesamt können Essstörungen, vor allem Magersucht und Bulimie, auch als eine Art der Bewältigungsform angesehen werden, trotz widriger Umstände und gesellschaftlichen Anforderungen funktional zu bleiben. Aus salutogenetischer¹³ Perspektive machen

¹² Der Kinder und Jugend-Survey wurde vom Robert-Koch-Institut in den Jahren zwischen 2003 und 2006 durchgeführt. Dabei nahmen 17.641 Kinder und Jugendliche teil.

¹³ Das Konzept der Salutogenese geht auf den Medizinsoziologen Antonovsky (1979) zurück. Aus medizinischer

Essstörungen für das Individuum Sinn, da kurzfristig ein subjektives Wohlbefinden wieder hergestellt werden kann. Subjektiv wird der Stress aushaltbar, Druck abgebaut, und das Gefühl von Selbstwirksamkeit sowie die Handlungsfähigkeit bleiben erhalten und werden sogar anfänglich als erhöht erlebt (vgl. Stauber, 2009).

3.2.4 Der Körper im Rahmen von Essstörungen

Die Körperschamstörung als ein relevantes Symptom von Essstörungen beinhaltet „ausgeprägte Ängste vor einer Gewichtszunahme, Störungen in der Wahrnehmung der Figur/des Gewichts, ein übertriebener Einfluss des Gewichts/der Figur auf die Selbstwertung und die Leugnung des Schweregrads des niedrigen Körpergewichts“ (Tuschen-Caffier, 2008: 82). Dieses Körpererleben bestimmt folglich das Körperhandeln. Der Selbstwert wird durch das subjektiv empfundene Bild vom eigenen Körper reguliert, in dem Maßnahmen zur Modellierung des Körpers in Form von der Essstörung ergriffen werden. Die in der Strukturkategorie verankerten und durch soziale Repräsentationen vermittelten (Schönheits-) Ideale (vgl. Kapitel, 3.1.4) werden durch den Körper in Interaktionen reinsziniert, reproduziert und folglich aufrechterhalten, wofür die Betroffenen anfänglich hohe soziale Anerkennung erhalten. Auf der einen Seite fungiert der Körper hier als Leistungsträger durch Anpassung, auf der anderen Seite ist er Medium des Widerstandes. Über den Körper wird Selbstwirksamkeit sowie Erfolg erlebt und letztendlich Macht ausgeübt (vgl. Stauber, 2009). Der Körper wird mechanisiert, indem die (Hunger-)Bedürfnisse unterdrückt werden. Fortan ist er Austragungsobjekt für die innerpsychischen und äußeren Konflikte. Er wird verwandelt in einen (Kriegs-)Schauplatz, bei dem anfängliche Macht- und Überlegenheitsgefühle zur Ohn(e)Mächtigkeit und damit zur Autodestruktivität führen. Im Falle der Magersucht ziehen die Betroffenen zwar über ihren Körper eine Grenze des Widerstandes, jedoch um den Preis des realen Verschwindens – eine Gradwanderung zwischen Kontrolle und Kontrollverlust, zwischen Gesundheit und Krankheit. Diesbezüglich ist der Grad zwischen Gesundheit, d.h. optimal funktionieren, Leistung erbringen, Schönsein und Krankheit, d.h. Dysfunktionalität in Form von Körperbeschwerden, krankhaftes Aussehen schmal. Im Falle von Übergewicht und Adipositas repräsentiert der Körper Eigenschaften, die von der Gesellschaft abgewertet werden, woraus Stigmatisierungen und Diskriminierungen resultieren, welche wiederum mit sozialen Ungleichheiten verbunden sind (z.B. Einschränkung in der Berufsausübung).

3.2.5 Behandlung von Essstörungen

Innerhalb des Behandlungskanons für Essstörungen werden vor allem Familientherapeutische, psychodynamische, verhaltenstherapeutische und medizinisch-pharmakologische Therapien unterschieden. Daneben gibt es noch weitere Ansätze wie z.B.

Sicht wird dabei gefragt „wie wird ein Mensch mehr gesund und weniger krank?“ (Wustmann, 2008, S. 26), statt ausschließlich nach den Krankmachenden Faktoren zu suchen.

die (Ernährungs-)Beratung und Selbsthilfegruppen. Ob Beratung oder Therapie bei Essstörungen indiziert ist, hängt von dem Verlauf und der Schwere ab. Konzeptionen von Beratungsstellen ist oft im Gegensatz zu Therapien ein präventiver Ansatz inhärent. Mit den unterschiedlichen Behandlungsansätzen sind verschiedene Berufsgruppen mit differierenden Perspektiven auf die Essstörung verbunden. Ein Arzt beispielsweise richtet seine Aufmerksamkeit ausschließlich auf die Krankheit, vor allem die somatischen Faktoren mit dem Ziel diese zu heilen. In Beratungen und Therapien liegt dagegen der Fokus vor allem auf den psychischen Komponenten der Essstörung. Die Ausprägung der Essstörung in psychische als auch körperliche Beeinträchtigungen legt eine Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen mit ihren jeweiligen Schwerpunkten nahe.

4. Methodisches Vorgehen

4.1 Methodologische Begründung

Nachdem die Einrichtung, in welcher wir unsere Daten erheben wollten und unsere Fragestellung festgelegt waren, galt es zu klären, welche Forschungsmethoden sich für unser Vorhaben am besten eignen.

Da wir uns bei der Datenerhebung nur auf die Beratung zum Thema Essstörungen in einer einzelnen Institution beschränken, wollten wir verschiedene Methoden kombinieren.

4.2 Forschungsdesign

Der Entschluss ein ExpertInneninterview mit der Beraterin durchzuführen war schnell gefallen. Auf diesem Weg versprachen wir uns einen hohen Informationsgehalt über die Institution, die Beratung, und den Umgang der Beraterin selbst mit dem Thema Essstörung. Hierzu haben wir der Beraterin im Voraus ein Informationsblatt mit den wichtigsten Informationen über das Projekt zukommen lassen. Inbegriffen waren hier auch unsere Kontaktdaten für eventuelle Rückfragen der Interviewten und eine Einwilligungserklärung.

Das Interview wurde durch einen Leitfaden unterstützt, da wir in diesem einzigen Interview auf eine hohe Informationsdichte angewiesen waren. Das Risiko eines rein narrativen Interviews wäre für dieses ohnehin kleine Forschungsprojekt mit begrenztem zeitlichem Rahmen für Datenerhebung und Auswertung zu hoch gewesen. Somit gliederte sich das Interview in einen narrativen Teil mit Erzählaufforderungen und einen Nachfrageteil. Abschließend wurden anhand eines Kurzfragebogens noch die wichtigsten biographischen Daten der Interviewten erhoben.

Im Anschluss an das Interview wurden von beiden Interviewerinnen erste Eindrücke zum Inhalt und Ablauf des Interviews in einem Postskript-Bogen festgehalten.

Zusätzlich zu dem ExpertInneninterview entschieden wir uns für eine Dokumentenanalyse. Diese umfasste die Homepage der Institution, einen Flyer für das bereits erwähnte Projekt zum Thema Essstörung und den Abschlussbericht ebendieses Projekts. Die Dokumentenanalyse sollte zur Absicherung und Begründung der im Interview erhobenen Daten dienen und diese außerdem ergänzen, so dass wir uns trotz des begrenzten Zeitraums für unser Forschungsprojekt, möglichst tief und breit in das Thema hinein begeben konnten.

Des Weiteren hätten wir gerne ein bis zwei Mädchen mit Essstörungen interviewt, welche die Beratungsstelle besuchen. Wir haben versucht diese Mädchen über die Beraterin zu erreichen. Diese hätte im Rahmen der nächsten Selbsthilfegruppe auf die Mädchen zugehen können. Leider fand diese Selbsthilfegruppe erst einige Wochen nach unserem Interview statt, so dass es uns nicht möglich war ein solches Interview zu führen, da der Zeitraum des Seminars dafür zu knapp war.

4.3 Forschungsdesign

In den nun folgenden Abschnitten soll unser Forschungsdesign noch einmal genauer erklärt werden. Dabei werden die einzelnen Erhebungs- und Auswertungsmethoden näher erläutert und deren Auswahl begründet.

4.3.1 Triangulation

Triangulation beschreibt die „Verknüpfung verschiedener qualitativer bzw. qualitativer und quantitativer Methoden“ (Flick in Orth/Schwietring/Weiß 2003, S.313) innerhalb eines Forschungsprozesses. Diese soll der Beschränkung der Perspektive des Forschenden durch einen einzelnen methodischen Zugang entgegen wirken.

Die Methodentriangulation ist in der Forschung im Allgemeinen weit verbreitet. Flick (in Flick/Kardoff/Steinke 2000, S.309-318) unterscheidet nach Denzin (1987/1989) zwischen vier verschiedenen Formen der Triangulation:

1. *Daten-Triangulation:*
Hiermit ist die Kombination von Daten aus verschiedenen Quellen, von verschiedenen Personen, zu verschiedenen Zeitpunkten und/oder an verschiedenen Orten gemeint.
2. *Investigator-Triangulation:*
Diese Form beschreibt den Einsatz verschiedener Beobachter, bzw. Interviewer. Diese Form der Triangulation soll helfen, die subjektiven Einflüsse durch die einzelnen Forscher auszugleichen.
3. *Theorien-Triangulation:*
Es wird bei der thematischen Annäherung an den Forschungsgegenstand zu verschiedenen Theorien, Hypothesen und Perspektiven Bezug genommen.

4. *Methodologische Triangulation:*

Meint die Kombination verschiedener methodologischer Aspekte sowohl innerhalb einer Methode („within-method“), als auch zwischen verschiedenen Methoden („between-method“). Dabei kann es sich beispielsweise um die Triangulation verschiedener Interviewformen oder Beobachtungsmethoden handeln.

Innerhalb unseres Forschungsprojektes zum „Umgang mit dem Körper als einer sozialen Differenzlinie am Beispiel einer Beratungsstelle für Mädchen mit Essstörungen“ haben wir die aufgeführten Formen der Triangulation umfassend angewandt.

Zum ersten haben wir die Methoden des Experteninterviews und der Dokumentenanalyse miteinander verknüpft („between-method“). Somit haben wir einerseits Interviewdaten direkt von der Person der Beraterin und Daten aus der Dokumentenanalyse, welche die Seite der Institution repräsentieren. Dies entspricht der oben beschriebenen Form der „Daten-Triangulation“.

Bei der Erhebung der Daten haben wir uns innerhalb unseres Forschungsteams aufgeteilt, sodass das Experteninterview mit zwei Interviewerinnen geführt wurde und die Dokumentenanalyse, zunächst unabhängig davon, von der dritten Forscherin unseres Teams übernommen wurde. Erst bei der Zusammenführung der Ergebnisse fand ein gegenseitiger Austausch statt. Außerdem wurden die jeweiligen (Zwischen-)Ergebnisse den Dozentinnen und den weiteren Seminarteilnehmern vorgestellt und mit diesen kritisch besprochen. Da jede Forscherin und jeder Forscher einen eigenen subjektiven Blick mit in den Forschungsprozess einbringt, ermöglicht uns dieses Vorgehen sowohl ein erhöhtes Maß an Offenheit, als auch einen Ausgleich der subjektiven Einflüsse der einzelnen Forscherinnen. Dieses Vorgehen ist mit der „Investigator-Triangulation“ beschrieben.

Auch die „Theorien-Triangulation“ kann auf unseren Forschungsprozess übertragen werden. Wie aus Abschnitt drei, *Theoretische Rahmung*, unseres Berichtes deutlich wird, beziehen wir uns in der thematischen Hinführung auf die Themen Intersektionalität, Diversity und Essstörung. Diese haben auch Einfluss auf die Auswertung der erhobenen Daten.

4.3.2 Die Dokumentenanalyse

Dokumente sind schriftliche Aufzeichnungen, die meist in Institutionen auftauchen und als Beleg für einen Vorgang oder einen Sachverhalt niedergeschrieben werden bzw. worden sind. Meist sind die Inhalte für einen bestimmten Rezipientenkreis bestimmt. In erster Linie interessiert sich die Sozialforschung für die in den Dokumenten enthaltenen Informationen. Dokumente werden als Quellen gesehen und inhaltsanalytisch ausgewertet (Vgl. Wolff, S.1). Die Dokumentenanalyse war immer eine Methode sozialwissenschaftlicher Forschung, aber sie kommt dennoch selten zum Einsatz. Dokumentenanalyse ist außerdem sehr breit definiert: Dokumente können alles sein, wenn sie Rückschlüsse auf menschliches Handeln und Denken zulassen und demnach interpretierbar sind. Vorteile der Dokumentenanalyse

sind die Materialvielfalt sowie die Tatsache, dass das Material dem/der/den Forscher(l)n(nen) bereits zur Verfügung steht und nicht erarbeitet werden muss. Die Subjektivität des Forschers spielt nur bei der Auswahl der Dokumente, nicht aber bei der Erhebung eine Rolle. Der Grundgedanke der Dokumentenanalyse besteht darin, Material zu erschließen, das schon besteht und ist von Bedeutung, wenn es darum geht, zurückliegende Ereignisse zu erforschen (Vgl. S. 33). Schriftliche Texte werden als „Aufzeichnung oder Beleg für einen Vorgang oder Sachverhalt“ (Wolff, S. 502) verstanden, die an Bedeutung durch das „Prinzip der Aktenförmigkeit“ (Ebd.) gewinnen, die in alle institutionalisierten Bereiche Einzug halten. Dieser Trend fördert einerseits die Kommunikation, andererseits gefährdet er diese. Im Kontrast zum Prinzip der Aktenförmigkeit steht das der Mündlichkeit. Dokumente sind „standardisierte Artefakte“ (Ebd., S. 503), die meist für einen bestimmten Kreis bestimmt sind und als „institutionalisierte Spuren“ (Ebd.) gelten. Die Dokumente geben Aufschluss und lassen Schlussfolgerungen über Absichten und Aktivitäten des Verfassers oder der Organisation zu. Die qualitative Forschung forscht zugunsten oraler Kommunikation, deshalb hat die Dokumentenanalyse exegetischen Charakter: sie sind Quellen und es lässt sich daher eine Präferenz für private Aufzeichnungen in der qualitativen Forschung finden. Die Dokumentenanalyse stellt eine spezielle Zugangsweise zu schriftlichen Dokumenten dar; diese Dokumente sind durch die eigenständige Leistung des Verfassers gekennzeichnet. In den 80er Jahren beschäftigten sich die Forscher mit institutioneller sowie interaktiver Kommunikation wie z.B. Witzen, Erzählungen oder Vorträgen. Von der schriftlichen Kommunikation zu den Dokumenten mit institutionellem Hintergrund war es dann nur noch ein kleiner Schritt: Dorothy Smith zeigte in ihrer Studie „K ist geisteskrank – Die Anatomie eines Tatsachenberichts“ (1976), dass „schriftliche Texte [...] ihre soziale Lesbarkeit aktiv strukturieren“ (Ebd., S. 508). Sacks hat anhand eines Satzes nachgewiesen, dass die Leser diesen alle ähnlich verstehen, da sie sich „bestimmte institutionelle Kategorisierungs- und Schlussfolgerungsregeln“ (Ebd.) zunutze machen. Dokumente sind trotzdem immer auf ein Publikum bezogen und deshalb ist der Verfasser darauf angewiesen, dass den Dokumenten Angemessenheit und Gültigkeit zugesprochen wird. Beschreibungen erfassen die Wirklichkeit nie endgültig. Der strukturierende Effekt der Dokumente besteht darin, dass der Leser zu einer konventionellen Lesart geleitet wird. Dokumente lassen sich nur eingeschränkt als Belege verwenden, da sie immer die Handschrift der verschiedenen Verfasser des Dokuments trägt. Sie stellen eine eigenständige Datenebene dar, deren Aussagen nicht über die aus anderen Daten wie z.B. Interviews gestellt werden dürfen, denn Dokumente sind nicht als „zweite Front“ (Ebd., S. 511) zu sehen.

Dokumente sollen als „methodisch gestaltete Kommunikationszüge“ (Ebd.) analysiert werden, unter der Maxime des „order all points“ aus der konversationsanalytisch

ausgerichteten Analyse und der Berücksichtigung von Äußerlichkeiten und von Formulierungen. Bei der Dokumentenanalyse werden bei Zweifeln oft Kontextinformationen herangezogen, aber die Analyse sollte in erster Linie vom Text ausgehen. Der Ablauf der Dokumentenanalyse lässt sich in vier Schritte aufteilen: die klare Formulierung der Fragestellung, die Definition, was ein Dokument ist sowie die Sammlung des Materials, Quellenkritik der Dokumente und die Interpretation. Dabei haben sich diese Techniken bewährt: die Technik des Lautlesens, der Vergleich zwischen Gruppen, Konkretisierung durch mündliche Präsentation und Interviews sowie Beobachtungen zu den Dokumenten.

4.3.3 Das Experteninterview

Das Experteninterview dient im Allgemeinen dazu, Erfahrungswissen einer Person zu erfragen, welches diese durch das Handeln in einem bestimmten sozialen Feld erlangt hat.

Dabei ist nicht klar definiert wer als ExpertIn für ein bestimmtes Feld dienen kann. Rosenthal (2008) beschreibt das Verständnis darüber, wer als ExpertIn gelten kann, u.a. nach Meuser und Nagel (in Garz/Kraimer 1991, S.441-471), für welche ein(e) ExpertIn Teil des untersuchten Handlungsfeldes ist, Verantwortung für den Entwurf, die Implementierung oder die Kontrolle einer Problemlösung in diesem Feld trägt oder einen privilegierten Zugang zu Personengruppen oder Entscheidungsprozessen hat. (Vgl. Rosenthal 2008, S.134)

Des Weiteren wird die auf dem Wissensbestand und der jeweiligen Position basierende Wirkungsmacht innerhalb des Handlungsfeldes nach Bogner und Menz (in Bogner/Littig/Menz 2002, S.33-70) thematisiert.

Wir haben uns im Rahmen unseres Forschungsprojekts für ein ExpertInneninterview entschieden, da dies für uns zu allererst die beste und schnellste Möglichkeit war, die Beratungsstelle für Mädchen mit Essstörung, in Bezug auf den Umgang mit Körper und Geschlecht als soziale Differenzlinien zu untersuchen.

Unsere Interviewpartnerin, die Beraterin der Mädchen mit Essstörung, erscheint uns als Expertin für das Feld der Beratung in ebendiesem Bereich als geeignet, da sie bereits seit zwanzig Jahren in der untersuchten Einrichtung tätig ist. Die Beratung für Mädchen mit Essstörung ist seit vier Jahren als festes Angebot in der Einrichtung etabliert. Von einer erhöhten Nachfrage und der Auseinandersetzung mit dem Thema kann aber bereits seit circa zehn Jahren gesprochen werden.

Die Beraterin hat also eine langjährige Erfahrung in diesem Handlungsfeld. Somit kann davon ausgegangen werden, dass sie über einen themen- und Handlungsbezogenen Wissensbestand verfügt, welcher sie als Expertin für dieses Feld auszeichnet.

Das von uns geführte ExpertInneninterview kann als leitfadengestütztes, teilnarratives Interview beschrieben werden.

Nach Rosenthal (2008) empfiehlt es sich, bei einem ExpertInneninterview auf Erzählungen und Fallrekonstruktionen zurückzugreifen, wie man sie aus narrativen Interviews kennt. Diese ermöglichen es den Forschenden, „handlungsorientierende Wissensbestände und Einstellungen sowie deren Grenzen rekonstruieren zu können“ (Ebd., S.137).

Wir haben diese Idee aufgegriffen und in unserem Leitfaden mit möglichst offenen, erzählgenerierenden Fragen gearbeitet. Diese können nach Helfferich (2004) vor allem zu Beginn eines Interviews als Erzählauforderung dienen. Die Frage sollte zu einem auf einen bestimmten Gegenstand oder ein bestimmtes Thema - in unserem Fall die Beratung für Mädchen mit Essstörung – ausgerichtet sein und zum anderen trotzdem offen genug sein, um eine längere Erzählung zu generieren. (Vgl. ebd., S.90f)

Da wir uns aus Erzählungen der Expertin in Bezug auf konkrete Beratungssituationen und Schicksale der Mädchen, welche dieses Angebot annehmen, viele Informationen versprochen haben, entschieden wir uns nach einiger Überlegung für folgende Einstiegsfrage:

„Erzählen Sie uns doch bitte einmal mit was für Geschichten die Mädchen zu Ihnen kommen.“¹⁴

Von der, durch diese Frage angeregten Antwort, haben wir u.a. Informationen über spezifische Beratungsthemen, konkrete Anlässe für das Aufsuchen der Beratung und auch Ansatzpunkte für die weiteren Themenkomplexe unseres Leitfadens erwartet. Außerdem haben wir bei der Einstiegsfrage auf jede Art der Zuschreibung verzichtet. Diese Offenheit minimiert die Einschränkung der Themen, welche für die Interviewte bezüglich ihrer Beratung sind.

Insgesamt lässt sich unser Interviewleitfaden in fünf ineinander überleitende Komplexe einteilen: Den Einstieg, den Themenkomplex I zum Thema *Essstörung*, den Themenkomplex II zu *anderen Differenzlinien*, die *Abschlussfrage*, sowie den *abschließenden Teil*, in welchem wir neben der Klärung von *Ergänzungsfragen* und den Fragen aus dem *Kurzfragebogen*¹⁵ auch der Interviewten die Möglichkeit gegeben haben, für sie wichtige, im bisherigen Interviewverlauf jedoch unangesprochene Themen einzubringen.

Für jeden der einzelnen Interviewkomplexe haben wir eine möglichst offene, erzählgenerierende Leitfrage formuliert. Außerdem haben wir in Stichpunkten die für uns wichtigsten Themen vermerkt, zu welchen wir wiederum jeweils eine Konkretisierungsfrage formuliert haben.

Zusätzlich haben wir einige Steuerungs- und Aufrechterhaltungsfragen im Voraus formuliert, falls der Interviewfluss ins Stocken geraten sollte und innerhalb der einzelnen Themenkomplexe weitere Erzählauforderungen notwendig gewesen wären.

¹⁴ Siehe auch Interviewleitfaden, Anhang, S.83ff.

¹⁵ Kurzfragebogen, Anhang, S.89

Nach Helfferich (2004) haben wir versucht Suggestivfragen in unserem ExpertInneninterview möglichst zu vermeiden was uns zwar im Leitfaden, aber im Interview selbst nicht immer gelungen ist. Dies wird an entsprechender Stelle der Ergebnispräsentation noch einmal genauer erläutert.

Das Interview wurde von zwei Mitgliedern unseres Forschungsteams durchgeführt. Es fand in der untersuchten Einrichtung, im Beratungszimmer der Interviewten statt. Dies bot sich vor allem aus organisatorischen Gründen an. Es wurde während des Interviews jedoch der Eindruck geweckt, dass sich die Interviewte während des Interviews dort auch sehr wohl fühlte und es ihr leicht fiel, sich an Situationen aus ihrem Beratungsalltag zu erinnern.

Insgesamt dauerte das Interview selbst eine volle Stunde. Es sind noch eine kurze Begrüßungs- und Verabschiedungsphase hinzuzurechnen.

Die Atmosphäre während des Interviews empfanden beide Interviewerinnen als sehr angenehm. Die Expertin war nach einer kurzen Phase der Einfeldung in die ungewohnte Situation sehr offen. Auch der Verlauf des Interviews wurde als sehr positiv empfunden. Es ergaben sich viele interessante Erzählungen der Expertin, sodass nur nach wenigen Aspekten detailliert nachgefragt werden musste. Außerdem zeigte sich die Interviewte sehr interessiert an unserem Forschungsprojekt und der speziellen Herangehensweise an das Thema der Essstörung, welches sie in ihrem Alltag aus einer ganz anderen Perspektive wahrnimmt.

4.3.4 Forschungsdesign und Auswertung anhand der Grounded Theory

Bei der Untersuchung sozialer Phänomene müssen sich die Forschenden darüber im Klaren sein, dass es sich bei ihrem Untersuchungsgegenstand um äußerst komplexe Vorgänge zwischen mehreren Individuen innerhalb eines bestimmten sozialen Raumes handelt. Dabei spielen vielfältige sozialweltliche Bedingungen eine Rolle. Da es sich in der Sozialforschung sowohl bei den Personen, für die man sich interessiert, als auch bei den Forschenden selbst um Subjekte mit individuellem Erfahrungsschatz, Einstellungen, Vorurteilen, etc. handelt, ergeben sich während des gesamten Forschungsprozess zufällige Aspekte, welche sich auf die Erhebung und die Analyse der erhobenen Daten auswirken. Darum ist es von entscheidender Bedeutung, dass sich die Forschenden während des gesamten Forschungsprozesses solche Einflussfaktoren, die möglicherweise verfälschend wirken können, bewusst machen.

Hierzu bedarf es einer geeigneten Forschungs- und Auswertungsmethode, welche einen möglichst offenen Blick auf das Untersuchungsfeld zulässt.

Für unser Forschungsprojekt zum Umgang der Beraterin mit Körper und Geschlecht als sozialen Differenzlinien in einer Beratungsstelle für Mädchen mit Essstörungen wollten wir aus bereits angesprochenen Gründen und aus Gründen des geringen Umfangs der

erhobenen Daten ebenfalls einen möglichst offenen Blick auf das untersuchte Phänomen haben. Dazu erschien uns die Orientierung an der *Grounded Theory* als am besten geeignet.

Die *Grounded Theory* beschreibt ein Forschungskonzept, welches in den 1960er Jahren von Glaser und Strauss entwickelt wurde. Geprägt durch den amerikanischen Pragmatismus und die Chicagoer Schule soll die *Grounded Theory* ein Mittel zur Erfassung sozialer Interaktions- und Wandlungsprozesse bieten, wobei Theorie in enger Verknüpfung mit den erhobenen Daten entwickelt wird. Sie ist weder an eine bestimmte Forschungsrichtung noch an spezielle theoretische Interessen oder Typen von Daten gebunden. (Vgl. Strauss in Strübing/Schnettler 2004, S.433ff)

Da wir uns in unserem Forschungsprojekt auf ein ExpertInneninterview und die Dokumentenanalyse beschränken mussten, wollten wir mittels des Forschungsvorgehens anhand der *Grounded Theory* einen möglichst offenen und detaillierten Blick auf das Datenmaterial bekommen. Aus zeitlichen Gründen war es uns jedoch nicht möglich alle Schritte der *Grounded Theory* durchzuführen, worauf wir an dieser Stelle etwas ausführlicher eingehen wollen.

Die *Grounded Theory* arbeitet hauptsächlich mit Daten, welche bereits in Textform vorliegen oder verschriftlicht werden können. Dabei orientiert sich die Datenerhebung im laufenden Forschungsprozess am „*Theoretical Sampling*“ (Strübing 2004, S.29). Dies bedeutet, dass Datenerhebung, Kodieren und Analyse parallel ablaufen und je nach Bedarf immer wieder auch neue Daten erhoben werden müssen, sofern dies der Theoriegenerierung dient, bzw. erste, bereits entwickelte Theorieansätze überprüft werden müssen. In diesem Sinne ist die Datenerhebung erst abgeschlossen, sobald eine theoretische Sättigung erreicht ist. Dies bedeutet, dass solange ergänzende oder differenzierende Daten erhoben werden, bis diese neuen Daten keine neuen Erkenntnisse mit sich bringen und somit nicht zur Verfeinerung der Theorie führen. (Vgl. Ebd., S.29f)

Den Prozess der Datenerhebung bis hin zur theoretischen Sättigung konnten wir in unserem Forschungsprojekt aus zeitlichen Gründen nicht zur Gänze abschließen. Jedoch haben wir versucht, durch offene Fragen, das Heranziehen einschlägiger Literatur zu den relevanten Themen und das gemeinsame Planen in der Gruppe „*sensibilisierende Konzepte*“ (Ebd., S.30) zu schaffen, welche einen möglichst offenen Blick auf den Forschungsgegenstand ermöglichen sollen.

Außerdem haben wir die erhobenen Daten mittels des *theoretischen Kodierens* aus der *Grounded Theory* ausgewertet, welches sich in drei Typen, bzw. Kodierschritte aufteilt: *das*

offene Kodieren, das axiale Kodieren und das selektive Kodieren. (Vgl. Böhm in Flick/Kardoff/Steinke 2000, S.475-485)

Das *offene Kodieren* beschränkt sich zunächst auf die detaillierte Auswertung einzelner, eher kurzer Textpassagen. Es kann sich hierbei um einzelne Sätze, Zeilen oder Wörter handeln. Dabei empfiehlt sich eine Orientierung an den so genannten „*Theoriegenerierenden Fragen*“ (Ebd., S.477):

- Um welches Phänomen geht es?
- Welche Personen sind beteiligt und wie interagieren sie?
- Welche Aspekte des untersuchten Phänomens werden (nicht) angesprochen?
- Wann?
- Welche Begründungen werden genannt?
- Welche Absichten werden deutlich?
- Welche Taktiken, Mittel und Strategien werden deutlich?

Dieser Kodierschritt gibt dem Forschenden eine erste Übersicht über das erhobene Datenmaterial. Dabei können bereits erste Erkenntnisse gewonnen werden, welche je nach Gewichtung für die Fragestellung weiterverfolgt und/oder (aus-) sortiert werden.

Die in dieser Phase entstehenden Codes sind zum Teil „*In-vivo-Codes*“ (Ebd., S.478). Dies bedeutet dass es sich um einzelne Begriffe handelt, welche direkt aus der Sprache des Untersuchungsfeldes kommen und aus dieser wörtlich übernommen werden. (Vgl. ebd., S.478)

Im nächsten Kodierschritt, dem *axialen Kodieren*, werden die bereits gewonnen Erkenntnisse und Konzepte verfeinert und differenziert. Hierzu werden aus der Vielzahl der, im offenen Kodieren entstandenen Codes, Kategorien gebildet und in Beziehung zueinander gesetzt. (Vgl. ebd., S.479)

Aus den Codes des von uns geführten ExpertInneninterviews, bildeten wir z.B. sieben Kategorien: *Beratung, Bewertung, Beziehung, Gender, Gesellschaft, Körper und Subjekt.*

Anschließend müssen diese Kategorien in Beziehung zueinander gesetzt werden. Um dies zu erleichtern, entwickelte Anselm L. Strauss im Jahre 1991 ein so genanntes *Kodierparadigma*. In diesem werden für einzelne Phänomene die jeweiligen Ursachen, der Kontext, intervenierende Bedingungen, Strategien der Handelnden und Konsequenzen herausgearbeitet. Es dient dazu das axiale Kodieren zu systematisieren und erleichtert somit diesen Arbeitsschritt. (Vgl. Strauss in Strübing/Schnettler 2004, S.26ff)

Wir haben dieses Kodierparadigma in der Auswertung des ExpertInneninterviews verwendet. Dabei haben wir es für die Phänomene *Beratung, Differenzen, Doing-difference-Prozesse der Beraterin, Essstörung, Frauenbild/Männerbild, Geschlecht, Normalität/Abweichung* erstellt, welche teilweise unseren Kategorien entsprechen, beziehungsweise in diesen

enthalten sind. (Vgl. Anhang, Theoretisches Modell der Zusammenhänge aus dem selektiven Kodieren, S.84.)

Beim *selektiven Kodieren* wird folglich eines dieser Phänomene bezüglich der Forschungsfrage zur *Kernkategorie* erklärt. Häufig handelt es sich dabei um ein Phänomen, für welches ein Kodierparadigma entworfen wurde. Es kann sich aber auch um ein übergeordnetes, neu festgelegtes Phänomen handeln. Zu beachten ist dabei, dass sich die Kernkategorie durch eine Vielzahl an Relationen zu anderen wichtigen Kategorien auszeichnet. (Vgl. Böhm in Flick/Kardoff/Steinke 2000, S.482)

Aus eben diesen Gründen haben wir uns für die Kategorie Beratung als Kernkategorie unseres Projektes entschieden.

Wird die Grounded Theory in ihrem ganzen Umfang ausgereizt, bis eine theoretische Sättigung erreicht ist, so können sich diese Auswertungsschritte jederzeit wiederholen. Dies hängt damit zusammen, dass Erhebungen neuer Daten von Nöten sind, man das Material ein weiteres Mal unter anderen Gesichtspunkten kodieren muss, es somit zur Bildung neuer Kategorien kommt, etc.

Da wir uns auf die Vorgehensweisen der Grounded Theory, wie bereits erwähnt, nur in verkürzter Form stützen konnten, sind wir an diesem Punkt bereits zur Zusammenfassung der bis dahin bereits erlangten Ergebnisse übergegangen. Dafür haben wir die Daten aus dem ExpertInneninterview und der Dokumentenanalyse zusammengetragen und miteinander verglichen. Die Ergebnisse sollen im nun folgenden Teil des Berichtes präsentiert werden.

5. Ergebnispräsentation

5.1 Portrait des untersuchten Projektes

Unsere Forschungsgruppe beschäftigte sich mit einer Beratungsstelle für essgestörte Mädchen in einer mittelgroßen Stadt in Süddeutschland. Der Verein, der die Beratungsstelle ins Leben gerufen hat, hat sich auf Mädchenarbeit spezialisiert und wurde von engagierten Frauen gegründet. Das Hauptanliegen des Vereins war zunächst, Mädchen vor sexualisierter Gewalt zu schützen und dafür unterstützende Angebote aufzubauen. Der Verein bietet Beratung sowie Prävention für essgestörte Kinder und Jugendliche an. Diese Beratungsstelle war Gegenstand unserer Untersuchung.

5.2 Ergebnisse der Dokumentenanalyse

5.2.1 Der Flyer zum Projekt

Die Gestaltung des Flyers zum Projekt ist auf beiden Seiten dreigliedert. Auf beiden Seiten sind drei Längsstreifen in den Farben Pink, Weiß, Schwarz und Rosa mit unterschiedlichen Inhalten gefüllt, wobei man erkennen kann, dass sich die verschiedenen Seiten des Flyers auch an unterschiedliche Rezipienten richten. Die Schrift ist in den Farben Pink, Weiß und Schwarz gehalten, teilweise ist sie fett gedruckt. Die Aufzählungspunkte selbst sind auf dem Flyer immer in etwas dunklerem Pink gehalten und die Infos nach den Aufzählungszeichen sind immer schwarz und nicht fett gedruckt. Die Farbe Rosa wird nur als Hintergrundfarbe verwendet, nie als Schriftfarbe. Der Flyer ist demnach insgesamt in den Farben Rosa, Pink, Schwarz und Weiß gestaltet. Auf beiden Seiten des Flyers gibt es jeweils ein Bild: auf der einen Seite sieht man ein Bild von zwei Mädchen von hinten, die sich gegenseitig umarmen, auf der anderen Seite sieht man ein Teenager-Mädchen, die gerade in eine Sandgrube springt. Aus der Wahl der Farben und der Gestaltung an sich und der Tatsache, dass die Beratungsstelle Mädchenarbeit macht, lässt sich schließen, dass der Flyer in erster Linie Mädchen ansprechen soll. Er soll aber auch Eltern sowie Lehrkräfte ansprechen und ihnen Hilfe leisten.

Die erste Seite des Flyers richtet sich an die Betroffenen und die Eltern und die zweite Seite an Lehrkräfte. Die eine Seite des Flyers richtet sich an die Rezipienten selbst und bezieht sich auf die Einzelberatung der Beratungsstelle: die Mädchen werden in Du-Form angesprochen und durch die Formulierung „wenn du“ wird ihr Interesse geweckt. Diese Formulierung beinhaltet außerdem die Möglichkeit, sich auch nicht angesprochen zu fühlen, da sie in der Möglichkeitsform verfasst ist. Nur wenn die Mädchen sich in den Formulierungen wiederfinden, können sie im nächsten Absatz „dann“, in dem mögliche Lösungen angegeben werden, weiter informieren. Auch hier ist es wieder der Fall, dass man sich nicht angesprochen fühlen muss, da dies nur Lösungen sind, wenn die erste Kategorie zutreffen würde und es sind nur Möglichkeiten und kein Muss. Den Mädchen wird im dritten Absatz noch das Angebot der Beratungsstelle übermittelt, das wieder nur als Angebot formuliert ist: „Unser Angebot für dich“. Diese Formulierungen sind alle so gewählt, dass sich Mädchen mit Problemen auf freundschaftlicher Basis angesprochen fühlen, denn das Du in der Anrede wirkt persönlicher als ein Sie oder ein man, denn es gibt das Signal, dass die Mädchen als Person erkannt werden. Zum Schluss werden wichtige, allgemeine Information zur Einzelberatung gegeben: die Mitarbeiterinnen der Beratungsstelle sind der Schweigepflicht unterworfen und die Einzelberatung ist für die Mädchen kostenlos. Der mittlere, weiße Abschnitt informiert die Mädchen über die Gruppenangebote der Beratungsstelle: an dieser Stelle wird ein weiteres Angebot und die Selbsthilfegruppen vorgestellt. Die Beschreibung des Angebots ist auch hier in der Du-Form verfasst und wirkt

somit persönlicher. Das erste Gruppenangebot dient eher der Prävention von Essstörungen („du willst schlanker werden“, „du willst dich so selbstbewusst fühlen, dass...“), das zweite eher der Unterstützung nach Klinikaufhalten bzw. Therapien aufgrund einer Essstörung. Man erkennt, dass die Beratungsstelle viele Angebote in unterschiedlichen Bereichen anbietet und die Mädchen bekommen das Gefühl, dass sie vielseitige Unterstützung erhalten. Auffällig ist, dass bei den Gruppenangeboten auf dem Flyer kein Hinweis auf die Kosten gegeben wird. Der letzte, rosafarbene Abschnitt des Flyers spricht Eltern und Kinder direkt an („Für dich und deine Eltern bieten wir an...“): an dieser Stelle werden allgemein die Möglichkeiten genannt, die die Mädchen mit ihren Eltern in Anspruch nehmen können wie z.B. Beratung, Therapie oder verschiedene Gruppenangebote.

Die zweite Seite des Flyers wendet sich den LehrerInnen zu: das erkennt man vor allem an dem Wechsel in der Anredeform. Dort wird zwar auch mit der Formulierung, „Wenn, ... dann ...“ gearbeitet, aber die Rezipienten werden jetzt gesiezt. Die LehrerInnen bekommen Informationen über mögliche Projekte, Fortbildungen oder das Angebot zur Weitervermittlung sowie eine Information zum Schulprojekt, das die Beratungsstelle zur Prävention von Essstörungen anbietet und durchführt. Darunter erhält man in einem kleinen Abschnitt die Information, mit wem die Beratungsstelle bei dem Projekt zusammenarbeitet: einem Verein für Jungenarbeit und ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen und ErnährungsberaterInnen. Der mittlere, weiße Abschnitt stellt die Beratungsstelle an sich vor: er beantwortet Fragen wie z.B. Was macht die Beratungsstelle? Wo finde ich sie? An wen muss ich mich wenden? An dieser Stelle findet man die Adresse, E-Mail-Adressen, Kontaktzeiten, den Lageplan sowie die Bankverbindung. Eine Besonderheit dieses Abschnittes ist der Dank an eine Stiftung für die Unterstützung des Projekts. Der letzte Abschnitt dieser Seite des Flyers zeigt in der Gestaltung eine Besonderheit: er ist nicht unifarbene, sondern zweifarbig, in Pink und Rosa gehalten und zeigt einen Halbkreis über dem der Projekttitel steht und darunter das Bild der Weitspringerin zu sehen ist. Der Satz „...Ich will noch eine ganze Menge Leben...“ läuft in das Bild hinein und über drei Zeilen hinweg. Dieser letzte Abschnitt gibt zwar keine weiteren Informationen über das Projekt, aber möchte deutlich machen, dass Essstörungen das Leben immer in irgendeiner Art und Weise beeinflussen und man dadurch etwas vom Leben verliert bzw. verlieren kann. Der Satz darunter („Essstörungen verstehen, verhindern und überwinden.“) verstärkt diese Annahme und soll erstens ein Angebot an Betroffene sowie Mut machen und zweitens enthält er einen Dreischritt: er spricht Verständnis, Prävention sowie Lösung des Problems an. Das Projekt will demnach nicht nur Betroffenen helfen, sondern ihre Lage verstehen sowie Ansätze von oder allgemein Essstörungen überhaupt nicht zustande kommen lassen.

Dem Flyer zum Projekt kann man mehrere Informationen entnehmen: die Beratungsstelle arbeitet hauptsächlich auf drei Ebenen. Sie will Essstörungen vorbeugen, betreibt demnach Prävention durch das Projekt, das in Schulen angeboten wird, aber sie will auch Mädchen unterstützen, die schon eine Essstörung haben. Die Angebote erstrecken sich von der Einzelberatung, die kostenlos ist, bis hin zu Gruppenangeboten. Die dritte Ebene ist die des Verständnisses, denn die Beratungsstelle möchte auch verstehen, aus welchen Beweggründen heraus die Essstörung zustande kam und bietet hierzu Selbsthilfegruppen an. Der Flyer richtet sich an drei Personengruppen: Betroffene bzw. Mädchen allgemein, Eltern und Lehrerinnen. Für alle drei Gruppen gibt es spezielle Angebote wie z.B. Fortbildungen für Lehrer oder Beratungsgespräche für Eltern und Kinder. Die Beratungsstelle richtet sich mit dem Flyer demnach nicht ausschließlich an Betroffene bzw. Mädchen, sondern auch an das Umfeld. Den Informationen des Flyers ist zu entnehmen, dass die Beratungsstelle mit einem Verein für Jungenarbeit sowie ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen sowie ErnährungsberaterInnen zusammenarbeitet und von einer Stiftung unterstützt wird.

5.2.2 Die Internetseite der Beratungsstelle

Die Hauptseite des Internetauftritts der Beratungsstelle informiert zunächst einmal darüber, was und wer die Beratungsstelle überhaupt ist und wer sie gegründet hat. Den Informationen kann man entnehmen, dass der Verein, der die Beratungsstelle betreibt, das Hauptanliegen hatte, Mädchen vor sexualisierter Gewalt zu schützen und unterstützende Angebote in einer mittelgroßen Stadt in Süddeutschland aufzubauen. Die Beratungsstelle bietet seit vier Jahren das Projekt an. Die Internetseite ist in Bezug auf ihre Gestaltung in den Farben Dunkelrot und Rostrot gehalten. Diese Farben erwecken nicht den Anschein, dass sie ausschließlich für Mädchen bestimmt wären, im Gegensatz zu dem Flyer.

Das Projekt ist auf der Internetseite durch einen zusätzlichen Unterpunkt an der Seitenleiste vertreten. Der Text auf der Internetseite gleicht dem auf dem Flyer, an vielen Stellen ist er identisch, deshalb erhält man von der Internetseite nur minimal mehr Informationen: Auf der Internetseite wird ausdrücklich genannt, an wen sich die Angebote richten: Sie richten sich an Jugendliche, Eltern, LehrerInnen und pädagogische Fachkräfte. Das Projekt wird neben verschiedenen Krankenkassen, von dem Landkreis, verschiedenen Stiftungen sowie von SpenderInnen unterstützt. Die Beratungsstelle ist, weil sie ein Verein ist, darauf angewiesen, dass sie von außen finanzielle Unterstützung erfährt, da sie die Projekte sonst nicht verwirklichen könnte. Man erfährt von der Internetseite außerdem, dass die Einzelberatung sowie eine Gruppe kostenlos, die Beratung für Eltern aber 15 Euro im Monat und die angeleitete Selbsthilfegruppe für Mädchen mit Essstörungen 30 Euro kostet. Bei der Selbsthilfegruppe erfährt man nicht, ob die 30 Euro im Monat zu bezahlen sind oder für die gesamte Dauer der Anleitung. In Bezug auf das Alter der Mädchen erfährt man über die Internetseite, dass die angeleitete Selbsthilfegruppe für Mädchen ab 15 Jahren ist und ein

Projekt ab Klasse 7 in den Schulen durchgeführt wird. In Klasse 7 sind die Mädchen in der Regel etwa 12 oder 13 Jahre alt. Die Gruppe ist ebenfalls ab 12 Jahren. Die Prävention setzt bei der Beratungsstelle relativ früh ein, die Beratung startet aber erst im Teenageralter: man erkennt hieran, dass die Prävention so früh einsetzen muss, damit die Mädchen ein gutes Selbstbewusstsein aufbauen und eine mögliche Essstörung verhindert werden kann. Die Essstörung selbst tritt wahrscheinlich oft im Teenageralter auf, in der Pubertät, deshalb ist die Selbsthilfegruppe für essgestörte Mädchen erst ab 15 Jahren.

Die Beratungsstelle richtet sich mit ihren Angeboten neben Jugendlichen, Mädchen, LehrerInnen auch an pädagogische Fachkräfte. Die Angebote kann man im Bereich der Prävention ab 12 Jahren und im Bereich der Therapiebegleitung ab 15 Jahren besuchen. Eine Obergrenze für das Alter wird nicht genannt. Die begleitete Selbsthilfegruppe kostet 30, die Beratung für Eltern 15 Euro, die anderen Angebote sind kostenlos. Man erfährt auf der Internetseite außerdem, dass die Beratungsstelle auf finanzielle Unterstützung von außen angewiesen ist, weil sie ansonsten das Projekt nicht durchführen könnte. Vor allem eine Stiftung machte das Projekt erst möglich; aber die Beratungsstelle wird auch von Krankenkassen, SpenderInnen, Stiftungen und dem Landkreis unterstützt.

5.2.3 Der Abschlussbericht der Beratungsstelle

Der Abschlussbericht der Beratungsstelle über das Projekt erstreckt sich über den Zeitraum von drei Jahren und enthält Ergebnisse in Bezug auf Prävention, Gruppenangebote, Beratung und Netzwerkarbeit sowie Zeitungsartikel.

Aus der Projektbeschreibung geht hervor, dass das Projekt über einen Zeitraum von drei Jahren aufgebaut wurde und vier Bausteine umfasst. Diese vier Bausteine werden in dem Grußwort von Prof. Dr. H. B. beschrieben: er erklärt zunächst das Projekt und die Intention, die sich hinter dem Namen verbirgt. Der Begriff vereint Lust auf das Leben an sich und die existenzielle Seite des Hungergefühls in sich und zeigt auch, dass es „neben der lustvollen Seite eine sehr belastete Seite“ (S. 4) gibt. In seinem Grußwort präsentiert er das Projekt „in vier Gängen“ (ebd.): der erste Gang enthält Engagement für die Mädchen und Jungen in ihrer Lebenssituation bzw. –lage, der zweite einen langen Atem und Ausdauer, vor allem in einer Zeit, in der die Finanzierung der Projekte unsicher ist. Der dritte Gang enthält Kompetenz, aber auch das Problem der Professionalität der sozialen Arbeit und der vierte Gang enthält die Selbstsorge: die Achtsamkeit und Sorge für alle Beteiligten zu sichern und beizubehalten. Jeder dieser vier Gänge wird durch Essensmetaphern untermalt und beschrieben.

Die Ziele des Projekts sind Essstörungen zu verhindern, ihnen frühzeitig zu begegnen und diese zu überwinden. Diese Ziele werden durch „den niedrighwelligen Ansatz, eine enge

Verzahnung von Prävention- und Beratungsangeboten“ (S.6) ermöglicht. Das Projekt wendet sich an Mädchen und Jungen von 10 Jahren an, an Jugendliche mit Essstörung und deren Familie sowie an Eltern, LehrerInnen und Fachkräfte. Der Bedarf an der Beratungsstelle war so groß, dass deren Finanzierung weiterhin gesichert werden konnte.

Aus der Statistik geht hervor, dass in den drei Jahren 1003 Einzelberatungen stattfanden, davon 634 persönliche, 272 telefonische und 104 per E-Mail. In 97% der Fälle waren es Mädchen, die die Beratung in Anspruch nahmen, aber auch 3% der Jungen. Dies ist ungewöhnlich, da die Beratungsstelle auf Mädchenarbeit spezialisiert ist. Aus der Statistik lässt sich außerdem herauslesen, dass in 52% der Fälle die Mädchen zwischen 14 und 18 Jahre alt sind, nur 7% sind unter 14 Jahre alt und 22% sind zwischen 19 und 24 Jahre alt, wogegen nur 5% über 24 Jahre alt sind. Das jüngste Mädchen in der Einzelberatung war 11 Jahre alt, aber eine Tochter von Eltern, die beraten wurden, war erst acht Jahre alt. Aus den Daten geht zudem hervor, dass 55% der Betroffenen anorektisches, aber nur 29% bulimisches Essverhalten zeigen. 8% leiden an Binge Eating und bei weiteren 8% ist die Essstörung nicht weiter bezeichnet. Außerdem waren in 59% der Fälle mehrmalige Gespräche vonnöten und nur in 41% der Fälle reichte ein einmaliges Gespräch aus. Aus den Daten geht hervor, dass die Betroffenen selbst nur in 36% der Fälle selbst das Gespräch suchen, während an der Spitze der Gesprächsuchenden besorgte Väter, Mütter oder FreundInnen mit 49% stehen. Pädagogische Fachkräfte suchten in 15% der Fälle das Gespräch. Bei Anorexie meldeten sich zuerst die Mütter, die jungen Mädchen kamen dann erst auf Druck. 40% kamen freiwillig in die Beratungsstelle. Der Schwerpunkt der Beratung liegt darin, die Betroffenen zur Krankheitseinsicht zu führen und deren Weiterbehandlung zu sichern. Dies ist in mindestens 60% der Fälle gelungen. Mädchen und Jungen, deren Gewicht nicht lebensbedrohlich war, die die Beratungsstelle früh aufsuchten und über gute Ressourcen verfügten, wurden im Beratungssetting (etwa 15 bis 20 Beratungsstunden) behalten. Dies war nur möglich, bevor sich das Essverhalten manifestierte und chronisch wurde. In allen Beratungsfällen wurde zur medizinischen Behandlung und Begleitung geraten, für die Beratungsarbeit war diese obligatorisch. Bei den unter 20-Jährigen wurde die Familie (Eltern und Geschwister) in die Beratung miteinbezogen, da sie Unterstützung und Hilfe leisten sollten sowie Verständnis für das Essverhalten und die Entschärfung von Konflikten geschaffen werden sollte. Hier waren in der Regel drei bis fünf Beratungsgespräche geführt worden, bevor die Jugendlichen weitervermittelt wurden. Die Beratungsstelle wurde des Öfteren von Mädchen in Anspruch genommen, denen die Stelle aus den Präventionsangeboten bekannt war. Die Hilfesuchenden wohnen zu 49% im Kreis T., gefolgt von dem Kreis R. mit 26% und H. und B. mit 21%. Aus diesen Zahlen der Statistik geht der Beratungs- und Präventionsbedarf deutlich hervor, deshalb ist es der

Beratungsstelle auch gelungen, das Projekt nach Ablauf „durch den Landkreis T., verschiedenen Krankenkassen und weitere Stiftungsmittel“ (S.6) zu finanzieren.

Drei Punkte sind der Beratungsstelle in ihrem Abschlussbericht in Bezug auf die Beratung wichtig: die Niedrigschwelligkeit des Ansatzes und des Angebots war für die Mädchen von Vorteil, aber auch für die Angehörigen, da frühzeitig und ohne Hürden Hilfe in Anspruch genommen werden konnte. Außerdem war die störungsspezifische Fachkompetenz der Beraterin eine wichtige Voraussetzung für die Motivationsarbeit, die die Weitervermittlung erst möglich machte. Als dritter Punkt wird der Aufbau und die Pflege eines Netzwerkes genannt, damit die Weitervermittlung gelingen kann.

Die zweite Statistik spiegelt den Bedarf der Präventionsangebote wider. In dem Zeitraum von drei Jahren nahmen 86 Schulklassen mit 1892 SchülerInnen an dem Schulprojekt teil. Davon kamen 60 Klassen aus dem Landkreis T., 12 aus R. und 14 aus Z. A.. Diese Schulprojekte wurden durch 133 Fachberatungen begleitet und begleitend dazu 18 Elternabende durchgeführt, mit denen man 585 Eltern erreichte. Das Projekt nahmen die Sekundarstufen aller Schularten teil, besonders interessiert waren Gymnasien sowie Real- und Berufsschulen. Die Beratungsstelle war für Ausarbeitung der Mädchen-, der Verein für Jungenarbeit für die Jungenmodule zuständig. Mit über 90% der Schulen entwickelte sich über das Projekt hinaus eine dauerhafte Kooperation. Aus den drei Jahren Präventionsarbeit in der Schule geht hervor, dass der Bedarf an Präventionsangeboten zum Thema Essstörungen weiter anhält und es aber für die LehrerInnen schwer möglich ist, das Thema im Unterricht selbst aufzugreifen und zu behandeln. Die Unterstützung durch externe Fachkräfte wurde von den LehrerInnen bestätigt und für notwendig befunden. Die vorhandene Zeit, die der Beratungsstelle zur Verfügung stand, wurde auch immer weniger, vor allem an den Gymnasien, so dass die Prävention oft nur noch zwei bis vier Stunden dauern durften. Die Präventionsprogramme wurden vor allem von Gymnasien, aber auch von Berufs- und Realschulen angefragt.

Das in den Medien vorherrschende unrealistische Körperbild führt zu Unsicherheiten in dem eigenen Umgang mit dem Körper und wird besonders intensiv von den Mädchen thematisiert. Die Auseinandersetzung über Wunsch, Fake und Realität in Bezug auf den Körper war für die Mädchen ebenfalls wichtiger Bestandteil des Projekts. Die Frage nach dem idealen Gewicht für ein Mädchen bzw. einen Jungen wurde häufig gestellt und signalisiert, dass die Verunsicherung der Mädchen und dass Übergewicht als Makel gilt.

Die Beratungsstelle beteiligte sich auch an verschiedenen Veranstaltungen und Fachvorträgen für Fachkräfte und Eltern zum Thema Essstörungen, organisierten in Kooperation mit dem Landestheater, der Kreisjugendreferentin und einem Gymnasium ein

Theaterstück zum Thema sowie eine Bildausstellung in Kooperation mit einer Krankenkasse und der VHS.

In Bezug auf die Präventionsprogramme wurde positiv von den SchülerInnen zurückgemeldet, dass Zeit zum Austausch über Wertvorstellungen und Stigmatisierungen vorhanden war. Häufige Fragen in den Präventionsprogrammen waren die nach Gefahren und Nebenwirkungen von Diäten und Warnsignalen. Diese Prävention ist ein wichtiger Baustein des Projekts, da Jugendliche meist als Erstes die Warnzeichen anderer Jugendlicher in Bezug auf essgestörtes Verhalten bemerken. Zudem wurde, vor allem im G-8-Zug, oft das Bedürfnis nach Entlastung angesprochen.

Die Gruppenangebote der Beratungsstelle sind vielfältig: die Mädchengruppe wurde von 12 Mädchen besucht und brachte zutage, dass ein gruppenbegleitendes Angebot für die Eltern vonnöten war, weil sie des Öfteren das Übergewicht ihrer Kinder begünstigten. Dieser Baustein des Projekts soll noch weiterentwickelt werden. Die Eltern- und Angehörigengruppe, die sich vierteljährlich trifft, behandelte vor allem Themen wie die Konflikte um das Essen, der Verhinderung von Koabhängigkeit und das Verhalten der Eltern. Die Beratungsstelle hatte einen festen Teilnehmerinnenstamm, die alleinerziehend sind, und eine Müttergruppe bildeten. Anfangs bedurfte es vonseiten der Beratungsstelle Anleitungen zum Treffen, später trafen sie sich selbstständig. Einmal im Monat fand ein Treffen unter fachlicher Anleitung statt. Im Mittelpunkt standen Fragen die den Umgang mit der Essstörung und Konflikten betreffen. In der angeleiteten Selbsthilfegruppe für an Anorexie oder Bulimie erkrankte Mädchen verpflichteten sich die Mädchen zur Teilnahme für drei Monate. Sie unterstützen sich in der Gruppe, fühlten sich gut aufgehoben und es bildeten sich Freundschaften. Auffallend war das Bedürfnis nach Unterstützung in Fragen wie z.B. wie schaffe ich die Schule bzw. die Prüfung? Wie verhalte ich mich bei Konflikten? oder Wie verändere ich mein Essverhalten? Die Selbsthilfegruppe für Mädchen von 14 bis 16 Jahren kam nicht zustande, da sich die Mädchen meist erst mit 17 oder 18 Jahren in einer Gruppe der Essstörung stellen.

Das Projekt wurde wissenschaftlich durch eine Professorin der Universität sowie einen Oberarzt der Universitätsklinik begleitet. Das Projekt wurde durch fünf Diplomarbeiten und eine Dissertation, die alle unterschiedliche Bereiche untersuchten und abdeckten, wissenschaftlich ausgewertet und untersucht. Die Beratungsstelle ist außerdem Mitglied in mehreren Arbeitskreisen und Beiräten. Die Fragen eines Arbeitskreises, die besprochen wurden, waren die Fortführung des Projekts, finanzielle sowie politische Schritte, Öffentlichkeitsarbeit, Vertiefung der Themen Migration und Essstörung, fachliche Standards der Prävention, Evaluation sowie Probleme in der Beratung.

Der Beratungs- sowie Präventionsbedarf in Bezug auf Essstörungen ist hoch, deshalb konnte dafür gesorgt werden, auch durch die Statistiken, und vor allem nachgewiesen werden, dass das Projekt wichtig ist und weiterfinanziert wird. Nach Ablauf des Projekts konnten zwei 50-Prozent-Stellen sowie Honorarkräfte finanziert werden und somit die Qualität der Beratungsstelle beibehalten werden. Für die Zukunft arbeitet die Beratungsstelle an der Intensivierung des Angebots für Kindergärten sowie neuen Wegen für Kinder und Jugendliche mit Übergewicht und deren Familien.

5.2.4 Zeitungsartikel über die Beratungsstelle

Die Zeitungsartikel über den Verein vereinen ein großes Spektrum an Themen: es geht um den Verein im Allgemeinen, dessen Aufgaben und Angebote sowie Veranstaltungen wie z.B. Ausstellungen. An dieser Stelle werden nur Ergebnisse präsentiert, die nicht in den anderen Dokumenten zu finden waren. Es gab viele Überschneidungen in Bezug auf die zu entnehmenden Informationen mit den Analysen der vorangegangenen Dokumente: auch in den Zeitungsartikeln wird angesprochen, dass die Präventionsprogramme ständig ausgebucht sind sowie die Beratungsstelle gebraucht wird und stark in Anspruch genommen wird, aber das Geld fehlt und die Finanzierung nicht gesichert ist. Ebenso werden als Ursachen für eine Essstörung häufig die falschen Vorbilder aus den Medien, die ein bestimmtes Schönheitsideal propagieren, sowie die Vermittlung unechter Körper durch Zeitschriften und das gleichzeitige Aufdrängen des Essens durch die Überflussgesellschaft genannt. Diese Ursachen führen zu dem Versuch, sich über ungesundes Essverhalten den Idealkörper anzueignen und dem Idealbild zu entsprechen, ohne zu wissen, dass man sich eine lebensgefährliche Krankheit aneignet, von der die Betroffenen oft nicht wissen bzw. sich nicht bewusst sind, dass sie eine Essstörung haben. Außerdem gibt es für die Jugendlichen keinen „Fahrplan“ mehr, weil alte Standards heutzutage wegbrechen und sich das Leben extrem beschleunigt hat z.B. durch das G8 oder den Bachelorstudiengang. Viele verspüren das Gefühl der Macht, der Kontrolle und Selbstdisziplin nur noch beim Essen, das sie kontrollieren können. Das Hungern klappt am Anfang auch gut, weil Glückshormone ausgeschüttet werden, aber der Körper erinnert sie immer wieder ans Essen. Zunehmend wird Anorexie auch bei Jungen festgestellt, vor allem Sportler, Tänzer, Models sowie Bi- oder Homosexuelle sind häufiger betroffen. Unter der Essstörung Binge Eating leiden Mädchen und Jungen gleichermaßen, aber Jungen entwickeln häufiger Bigorexie, da ein muskulöser Körper für sie wichtig ist (Vgl. Artikel Juli 2009). Die Artikel bestätigen, dass die Beratungsstelle für Mädchen und Jungen gedacht ist. Das Wort „und Jungen“ ist allerdings in Klammern gesetzt (Vgl. Artikel Februar 2007). Das bedeutet, dass die Beratungsstelle zwar in erster Linie für Mädchen gedacht ist, aber auch Jungen, wenn sie Hilfe suchen, beraten

werden. Auf zehn erkrankte Mädchen kommt etwa ein Junge: sie leiden oft an der sogenannten Sportbulimie.

Die untersuchte Beratungsstelle sieht sich selbst als Vernetzer zwischen den verschiedenen Angeboten. Die Leiterin der Beratungsstelle nennt als Hauptgrund für ihr Engagement, dass sie Verstehen möchte: als ein Mädchen aus ihrer Nachbarschaft an den Folgen von Magersucht starb, hatte sie sich das Ziel gesetzt, zu verstehen, was mit den Jugendlichen passiert. Die Betroffenen kommen meist erst auf Druck anderer in die Beratung, vor allem Jugendlichen mit Adipositas fällt es schwer sich zu öffnen. Jugendlichen mit Anorexie fehlt oft der emotionale Anker im Elternhaus. Eltern und Geschwister muss ebenso geholfen werden, Konflikte zu vermeiden (Vgl. Artikel Januar 2010). Aus den Artikeln geht hervor, dass das Präventionsprogramm drei mal vier Stunden umfasst und pro Schüler für zehn Euro angeboten werden kann (Vgl. Artikel November 2006). In einem Zeitungsartikel wird stark auf das familiäre Umfeld hingewiesen: Die Eltern müssen lernen mit dem erkrankten Kind zu leben und erleben dabei fünf Phasen der Auseinandersetzung. Am Ende dieser Auseinandersetzung steht allerdings oft nur noch die Essstörung und nicht mehr das Kind im Mittelpunkt.

5.2.5 Ergebnisse der Dokumentenanalyse

Aus der Dokumentenanalyse des Flyers, des Internetauftritts, des Abschlussberichts sowie der Zeitungsartikel ließen sich mehrere Codes feststellen.

Tabelle 1: Ergebnisse offenes Kodieren - Dokumentenanalyse

- Verstehen, Verständnis	- Beratung/Schulungen für LehrerInnen/Fachkräfte/Eltern/Jugendliche	- Aufmerksamkeit
- Engagement	- Wissenschaftliche Begleitung	- Konflikte
- Ausdauer	- Bekanntheitsgrad	- Schulprojekt
- Fachkompetenz	- Weiterbehandlung	- Angebot
- Anpassung	- Aufklärung	- Kooperation mit Schulen
- Essstörung	- Erfolg	- Netzwerk
- Freiwilligkeit, Widerstand, Druck	- Selbstwertgefühl, bewusstsein	- Beratung von Mädchen (Jungen)
- Motivation	- Prävention	- Familienkonstellation (Alleinerziehende)
- Bedürfnisse	- Medizinische Begleitung	- Bildung
- Krankheitseinsicht	- Gender	- Alter, Pubertät, (Altersspanne)
- Körper	- Unterstützung	- Niedrigschwelligkeit
- Frauenbild	- Kostenlose/-pflichtige Beratung	- Weitervermittlung
- Peer-Group	- Auseinandersetzung mit der Essstörung	- Selbsthilfegruppe
- Entlastung	- Kontrolle	- Geld/Finanzierung
- Übergewicht als Makel	- Selbstdisziplin	- Einfluss von Medien
- Entwicklung	- Bigorexie, Bulimie, Binge Eating, Anorexie, Adipositas	- Stigmatisierungen
- Wertvorstellungen		- Entscheidung
- Macht		- Abwertung
- Eltern		- Erstkontakt über Mütter
- Geschwister		- Kein „Fahrplan“
- Fehlen des emotionalen Ankers		- Vernetzer
- Erwartungen		

Das offene Kodieren der Dokumentenanalyse erfolgte durch das Mitglied der Projektgruppe, das die Dokumentenanalyse durchführte.

Nach dem ersten offenen Kodieren bei dem ich mich an die Schlüsselwörter der Dokumentenanalyse gehalten habe, bildete ich Codes, die sich wie folgt gliedern lassen:

Gender: Frauenbild, Beratung von Mädchen (und Jungen), Erstkontakt über Mütter

Gesellschaft: Einfluss der Medien, Stigmatisierungen, Frauenbild, Bildung, Gender, Auseinandersetzung mit der Essstörung

Beratung: Krankheitseinsicht, Verstehen, Verständnis, Angebot, Aufklärung, Selbsthilfegruppe, Niedrigschwelligkeit, Geld/Finanzierung, Essstörung, Schulprojekt, Kooperation mit Schulen, Netzwerk, Weiterbehandlung, Bekanntheitsgrad, Engagement, Ausdauer, Fachkompetenz, Weitervermittlung, Prävention, Unterstützung, kostenlose und kostenpflichtige Beratung, Beratung/Schulungen für LehrerInnen, Fachkräfte, Eltern, Jugendliche, medizinische Begleitung, Körper, Vernetzer

Subjekt: Freiwilligkeit, Widerstand, Druck, Motivation, Wertevorstellungen, Aufmerksamkeit, Abwertung, Selbstwertgefühl, Selbstbewusstsein, Essstörung, Erwartungen, Bedürfnisse, Körper, Abwertung, Erfolg, Alter, Pubertät, Entwicklung, Anpassung, Entscheidung, Entlastung, Übergewicht als Makel, kein „Fahrplan“, Selbstdisziplin, Kontrolle, Macht, Fehlen des emotionalen Ankers

Körper: Übergewicht als Makel, medizinische Begleitung, Essstörung, Bigorexie, Bulimie, Binge Eating, Anorexie, Adipositas

Beziehungen: Familienkonstellation (alleinerziehend), Konflikte, Peer-Group, Eltern, Geschwister

In der Dokumentenanalyse werden mehrere soziale Differenzlinien angesprochen, die die Essstörungen beeinflussen: die Familienkonstellation, die Bildung, das Geschlecht sowie die Gesellschaft. Die Auslöser für die Essstörung können verschiedener Art sein: einerseits verzerren Medien wie Fernseher und Zeitschriften das Frauenbild. Es wird oft ein bestimmter Typ Frau mit bestimmten Körpermaßen dargestellt, der des Öfteren von der Realität abweicht, da viel mit Retusche gearbeitet wird. Andererseits wird den Mädchen das Essen durch die Überflussgesellschaft regelrecht aufgedrängt. Ein weiterer Faktor, der die Essstörung begünstigt, ist das Fehlen eines „Fahrplans“ sowie eines emotionalen Ankers. Das Essen ist das Einzige, das die Betroffenen noch kontrollieren können in der heutigen schnelllebigen Zeit. Diese Ursachen führen des Öfteren dazu, dass die Jugendlichen eine gefährliche Krankheit entwickeln und somit von der Normalität abweichen. Die Beratungsstelle sieht sich als Vernetzer der Angebote, die in die Normalität zurückführen sollen.

Unsere Forschungsfrage bezog sich auf die Differenzlinien Körper und Geschlecht, die nun näher beleuchtet werden sollen. Die Dokumentenanalyse des Flyers und der Internetseite

ergab, dass in Bezug auf die Beratung nur Mädchen angesprochen wurden. Die typisierende Farbenwahl, die auf dem Flyer vorzufinden ist, legte die Vermutung nahe, dass nur Mädchen beraten werden. Die Dokumentenanalyse des Abschlussberichts und der Zeitungsartikel ergab im Gegensatz dazu, dass auch Jungen, die in die Beratungsstelle kommen, beraten werden. Allerdings wird der Zusatz „und Jungen“ in den Zeitungsartikeln in Klammern gesetzt: das zeigt, dass die Beratung für Jungen so zwar nicht geplant war, aber die Beratungsstelle hilfesuchende Jungen nicht abweist. Ein Code Migration konnte aus den Dokumentenanalysen nicht gezogen werden, da dies nur im Zusammenhang mit den Themen, an denen in einem Arbeitskreis weitergearbeitet und weiterentwickelt werden soll, angesprochen wird. Dennoch zeigt der Flyer auf seinen Bildern eher Mädchen mit blonden bzw. hellbraunen Haaren und heller Haut, also Mädchen die eher dem „europäischen“ Ideal entsprechen.

Die Differenzlinie Körper wird des Öfteren angesprochen: In den Präventionsprogrammen wird der häufige Wunsch der Teilnehmerinnen nach Diskussionen über Wertevorstellungen, das optimale Gewicht sowie der Wunsch nach Entlastung genannt, der vor allem von SchülerInnen, die den G8-Zug (Ganztageschule/8-jähriges Gymnasium) besuchen, genannt wurde. Die Präventionsprogramme werden eher von Gymnasien und Berufsschulen in Anspruch genommen. Des Weiteren lassen sich an den Ursachen der Essstörungen die schnelllebige Zeit, die Unbeständigkeit mit sich bringt, die extreme Beschleunigung des Lebens sowie die Macht über den eigenen Körper als Schwierigkeiten im Umgang mit dem eigenen Körper ausmachen. Der Erstkontakt in der Beratung erfolgt meist durch die Mütter, die ihre Töchter z.T. später auf Druck in die Beratungsstelle bringen.

5.3 Ergebnisse der Interviewauswertung

Bei der Auswertung des ExpertInneninterviews sind wir - wie bereits unter Punkt 4.2.4, „Forschungsdesign und Auswertung der Ergebnisse anhand der Grounded Theory“ beschrieben – entlang des theoretischen Kodierens vorgegangen.

Hierzu wurde das Interview zunächst transkribiert, um es in schriftlicher Form vorliegen zu haben.

5.3.1 Das offene Kodieren

Beim ersten Schritt des Kodierens, dem offenen Kodieren ging es darum, sich mit dem Text vertraut zu machen und das Interviewtranskript Satz für Satz zu kodieren. Dabei haben wir uns sehr eng am Text und den darin enthaltenen Schlag- und Schlüsselwörtern orientiert.

Das offene Kodieren fand zunächst mit beiden Interviewerinnen gemeinsam statt, um sich gegenseitig abzustimmen. Der daraus entstehende Profit wurde uns schnell bewusst. Jede Interviewerin sind durch ihr Vorwissen und ihre individuellen Erfahrungen unterschiedliche Aspekte im Interviewtranskript aufgefallen. Dieses Vorgehen ist jedoch mit einem relativ

hohen zeitlichen und organisatorischen Aufwand verbunden, weshalb die letzten zwei Drittel des Transkripts unter den Interviewerinnen aufgeteilt wurden.

Die dabei entstehenden Codes wurden im Anschluss zusammengeführt und ergänzt. Als Ergebnis des offenen Kodierens wurden somit die Codes in Tabelle 2 festgehalten. Anhand dieser Codes wurde das gesamte Transkript erneut kodiert. Somit ergab sich ein aktuelles, vollständig kodiertes Transkript, welches zur weiteren Bearbeitung herangezogen werden konnte.

Tabelle 2: Ergebnisse offenes Kodieren - Expertinneninterview

- Verstehen	- Essstörung (Anorexie, Bulimie, Bigorexie, Mischform B&A, Übergewicht)	- positive Kraft
- Anpassung	- Verletzende Bemerkungen, Beleidigungen, Verletzungen, Beschämungen	- innere Strategie
- Essen, verändertes Essverhalten, Essstörung	- Bewertung	- Konflikt
- Beziehungen (Veränderung, Verlust, Konflikte in B., Beziehungsaufbau)	- Aufmerksamkeit	- Beratung
o Familie (Eltern, Geschwister)	- Erfolg	- Migrationshintergrund
o Peergroup	- Schutz, Sicherheit, Halt, Orientierung	- Autonomie, Abgrenzung, Eigenständigkeit
o Klasse	- Selbstwertgefühl, Selbsterhöhung	- Familienkonstellation
o PartnerIn	- Selbstwirksamkeit	- Bildung
o Freunde/ Freundinnen	- Identität	- Diagnostik
- Freiwilligkeit, Widerstand, Druck	- Andere Berufsgruppen	- Alter, Pubertät (Altersspanne)
- Sinn, Absicht (positive Absicht)	- Gender	- Anlaufstelle sein
- Motivation	- Unterstützung	- Weitervermittlung
- Bedürfnisse	- Bewunderung, Anerkennung, Bestätigung	- Methode (Gestalttherapie), Selbsthilfegruppe
- Bewältigungsstrategie	- Anstrengung, Disziplin	- Reflexion
- Krankheitseinsicht	- Erwartungen	- Verstehen
- Schmerz	- Angst	- Geld
- Zugehörigkeit vs. Alleinsein	- Wertschätzung, Vertrauen, Verständnis, Mitgefühl	- „Forschergeist“
- Kontrolle	- Auftrag	- Ressourcen
- Zuwendung	- Kontakt	- Handlungsrahmen
- Körper (dick, dünn, stämmig, kräftig geabut, gesund, krank, Schwächen, Körperliche Beschwerden, klein,)	- Defizite, Unzulänglichkeiten, das Negative	- Leistung
- Frauenbild (hübsch, schlank, attraktiv)		- subjektive Wahrnehmung, Körper selbstbild
- Männerbild (groß, muskulös)		- Konkurrenz
		- Einfluss von Medien
		- Entwicklung
		- Abwertung
		- Vorstellung
		- Werte
		- Gefahr
		- Anpassung, Unterordnung

5.3.2 Das axiale Kodieren - Kodierparadigmata

Im Anschluss wurden die in Tabelle 2 aufgelisteten Codes geordnet und zu Kategorien zusammengefasst. Das Kategorisieren ist dem Schritt des axialen Kodierens zuzuschreiben (vgl. hierzu 4.2.4). Es haben sich zunächst die Kategorien *Alter, Bedürfnis, Beratung, Bewertung, Beziehungen, Differenzen, Gefühl, Gender, Gesellschaft, Körper und Subjekt*

gebildet. Diese Kategorien haben uns eine bessere Übersicht über die im Untersuchungsfeld auftretenden Phänomene gegeben. Im weiteren Verlauf der Auswertung haben wir diese Kategorien jedoch noch einmal in sieben Hauptkategorien zusammengefasst und folglich mit diesen weiter gearbeitet:

1. Beratung

Entspricht der vorherigen Kategorie und umfasst folgende Codes:

Anlaufstelle sein, Auftrag, Forschergeist, Handlungsrahmen, Hilfe, Kontakt, Methode, Motivation, positive Herangehensweise, Sinn, Verhältnis zu anderen Berufsgruppen, Verstehen, Weitervermittlung

2. Bewertung

Abwertung, Anerkennung, Beleidigung, Bestätigung, Beschämung, Bewunderung, das Negative, das Positive, Defizite, Gefahr, Normalität, positive Kraft, Unzulänglichkeiten, verletzendes Bemerkungen, Verletzung, Wertschätzung

3. Beziehungen

Behütet, Beraterin, Beziehungsaufbau, Erwartungen, Familie, FreundInnen, Klasse, Kontakt, Konkurrenz, Konflikte, PartnerIn, Peergroup, Tod, Trennung

4. Gender

Beratung von Jungen, Beratung von Mädchen, Erstkontakt über Mütter, Frauenbild, Männerbild

5. Gesellschaft

Anstrengung, Bestätigung, Bildung, Disziplin, Druck, Einfluss von Medien, Erwartungen, Frauenbild, Geld, Leistung, Männerbild, Migrationshintergrund, Normalität, Perfektionismus, strukturelle Differenzen (Gender, Race, Class, Körper), Toleranz, Vorstellung, Werte

6. Körper

Alter, dick, dünn, Essstörung (Anorexie, Binge Eating, Bigorexie, Bulimie, Mischformen, Übergewicht), Essen, Frauenbild (attraktiv, hübsch, Prinzessin, schlank, weiblich), gesund, Hungern, krank, kräftig gebaut, körperliche Beschwerden, Krankheitseinsicht, Körper selbstbild, Männerbild (groß, muskulös), modellieren, sich spüren, Schwächen, stämmig, Tod

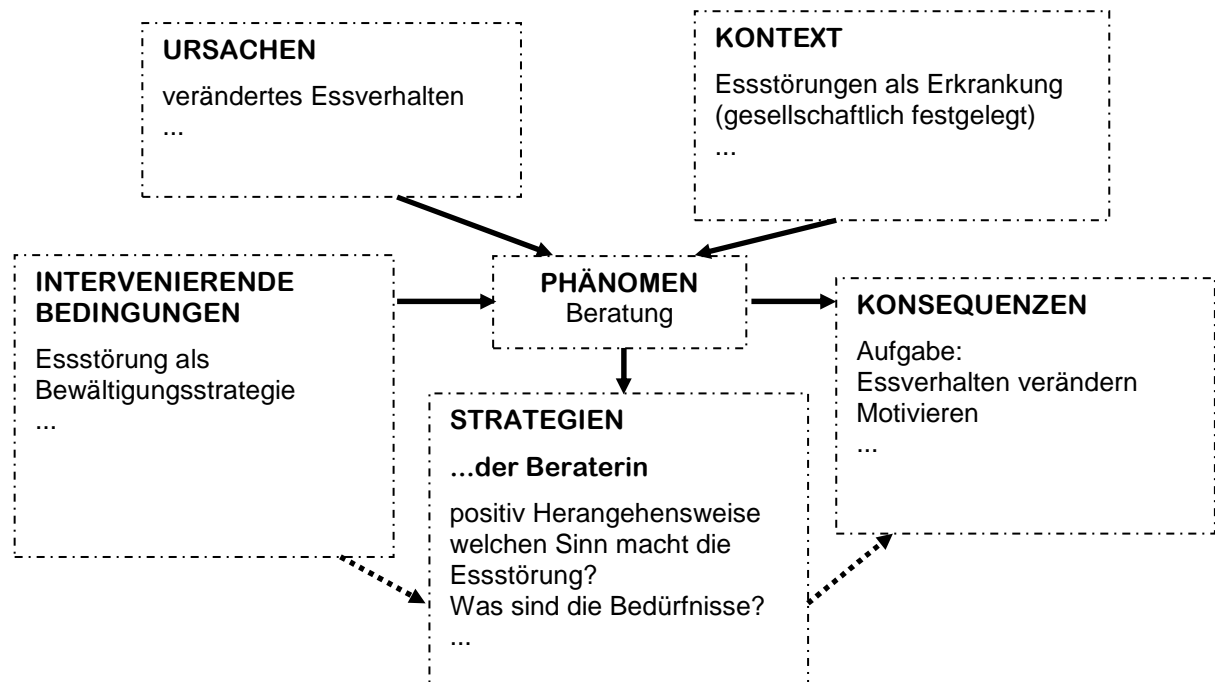
7. Subjekt

Absicht, Anstrengung, Abgrenzung, Autonomie, Bewältigungsstrategie, Disziplin, Eigenständigkeit, Entwicklung, Freiwilligkeit, Gefühl (hat als eigene Kategorie folgende Codes umfasst: Angst, allein sein, abgewertet, Bestätigung, Kummer, Scham, Schmerz, sich spüren, Sicherheit, übersehen, Verletzung, Versagen, Zugehörigkeit), innere Strategie, Leistung, Motivation, Perfektionismus, Reflexion, Ressourcen (Bildung, Beziehungen, Migration, Geld), Selbstwirksamkeit, Selbstwertgefühl, Sinn, sich spüren, subjektive Wahrnehmung, Unterordnung

Die Mehrfachnennung von Codes unter verschiedenen Kategorien ist beabsichtigt und weist bereits auf erste, mehr oder weniger tief greifende Zusammenhänge der einzelnen Kategorien hin. Um diese Zusammenhänge im Detail heraus zu kristallisieren, haben wir in einem weiteren Schritt Kodierparadigmata für einige dieser sieben Hauptkategorien und andere, und relevant erscheinende Phänomene, entworfen (vgl. Abschnitt 4.2.4.). Die mittels dieser Kodierparadigmata aufgeschlüsselten Phänomene waren zunächst *Beratung*, *Differenzen*, *Doing-difference-Prozesse der Beraterin*, *Essstörung*, *Frauenbild/Männerbild*,

*Geschlecht, Normalität/Abweichung.*¹⁶ Wir haben für jedes Phänomen Stellen im Interviewtranskript gesucht, die auf die jeweilige Ursache, den Kontext, intervenierende Bedingungen, Strategien von Beraterin, Mädchen, Jungen und Eltern und den jeweiligen Konsequenzen schließen lassen. Dies ist in *Schaubild 1* beispielhaft anhand einer einzelnen Textstelle für das Phänomen Beratung dargestellt.

Schaubild 1: Kodierparadigma zu dem Phänomen Beratung, Bsp. Interviewtranskript, S.1



Durch die Kodierparadigmata konnten wir einzelne Aspekte dieser Phänomene besser überblicken und durch Vergleichen der Kodierparadigmata auch die Beziehungen der einzelnen Kategorien besser herstellen. Auf diese Weise wurde uns der Informationsgehalt unseres Materials erst bewusst.

5.3.3 Das selektive Kodieren – „Beratung“ als Kernkategorie

Wir entschieden uns aus zeitlichen und organisatorischen Gründen, vor allem aber auch in Rückbesinnung auf die eigentliche Fragestellung unseres Forschungsprojekts - *Wie wird in der Beratung für Mädchen mit Essstörungen mit den Differenzlinien Körper und Geschlecht umgegangen? Welche Wechselwirkungen bestehen zwischen den Differenzlinien bzw. welche sozialen Ungleichheiten resultieren daraus?* – dazu, das Phänomen Beratung in den Mittelpunkt der weiteren Analyse zu stellen. Diese Entscheidung beruht auf der Dichte an

¹⁶ Siehe Anhang, S.76ff

Verknüpfung dieses Phänomens zu anderen wichtigen Kategorien. Daher lässt sich unsere Forschungsfrage anhand der Beratung als Kernkategorie wohl am besten beantworten.

5.3.4 Verdeutlichung der Ergebnisse der Interviewauswertung anhand des empirischen Materials

An dieser Stelle möchten wir die Ergebnisse unserer Interviewauswertung ausführlich darstellen und anhand des empirischen Materials, also anhand von Beispielen aus dem Interview selbst, erläutern.

Im Sinne der Intersektionalitätsanalyse (vgl. Kapitel 3.1) möchten wir zunächst alle relevant werdenden sozialen Kategorien und Dominanzverhältnisse kurz beleuchten, bevor wir uns dem Umgang der Beraterin mit den Differenzlinien Körper und Geschlecht an der untersuchten Beratungsstelle für Mädchen widmen. In diesem ersten Schritt soll es um die relevanten Kategorien und deren Konstruktion und Reproduktion in der Gesellschaft gehen.

a) Relevante soziale Kategorien – Konstruktion und Reproduktion

Bei der Analyse des ExpertInneninterviews zeigte sich uns eine Vielzahl an sozialen Kategorien, welche in der Beratung für Mädchen mit Essstörungen relevant sind. Dies verdeutlicht die Komplexität der Beratungssituation als sozialer Wirklichkeit in Bezug auf diese verschiedenen Differenzen.

In verschiedenen, von der Beraterin geschilderten Beispielen für ‚Geschichten‘ der Mädchen, welche in ihre Beratung kommen, wurden *Bildung*, *Ethnizität*, *Geschlecht*¹⁷, *Klasse*, *Kapital*¹⁸ und *Familienformation* genannt. Wie aber werden diese Differenzlinien konstruiert und in welcher Weise spielen sie in der Beratung eine Rolle?

Die Anforderungen an eine(n) durchschnittliche(n) Jugendliche(n), welche aus unserem Material ersichtlich werden, sind u.a. ein stabiles familiäres Umfeld, Integration in die Peergroup, die Erfüllung eines bestimmte Frauen-/Männerbildes, Gesundheit als Zustand der Normalität und die Erbringung bestimmter Leistungen durch Anstrengung und Disziplin. Besteht in Bezug auf diese Normalitätsvorstellungen eine Abweichung, welche in der Gesellschaft nicht toleriert werden kann, gibt es Mittel und Wege diese Abweichungen zu neutralisieren und somit die Normalität wiederherzustellen. Die Beratungsstelle für Mädchen mit Essstörungen kann unter anderem als Institution für diese Normalisierung gesehen werden. Die Mädchen, die dort beraten werden, weichen von der Normalität insofern ab, als

¹⁷ Wir nehmen hier Bezug auf „gender“ als soziales Geschlecht, welches von dem biologischen Geschlecht, „sex“, abzugrenzen ist. (Siehe hierzu Kapitel 3.1.2, Die Triade race-class-gender)

¹⁸ Hier liegt aufgrund der genannten Beispiele im Interview eine Anlehnung an die drei Kapitalformen Pierre Bourdieus nahe. (Vgl. hierzu u.a. Schwingel, 2000)Es werden in dem von uns erhobenen Material soziales Kapital (in Form von Beziehungen zu Familie und peers), ökonomisches Kapital und kulturelle Kapital (in Form von Bildungsabschlüssen) relevant.

dass sie eine Essstörung aufweisen, welche als Krankheit klassifiziert ist. Der gesellschaftliche Auftrag an die Beraterin ist somit eine Veränderung hin zu einem „normalen“ Essverhalten zu erreichen, wodurch eine Reintegration des Mädchens in das gesellschaftliche Leben wieder in vollem Umfang möglich werden soll.

Die Reproduktion dieser Normalitätsvorstellungen geschieht auf der Ebene der Mädchen und Jungen selbst. An sie werden innerhalb eines Sozialisationsprozesses durch die Familie und das soziale Umfeld Werte und Normen der Gesellschaft herangetragen, welche sie aufnehmen und durch ihr eigenes Handeln und Interagieren mit Anderen reproduzieren. Dies wurde im Interview vor allem in Bezug auf die sozialen Differenzlinien Körper und Geschlecht deutlich, welche auch im Vordergrund unserer Forschung stehen.

Die Reproduktion der gesellschaftlichen Vorstellungen in Bezug auf die Kategorie Geschlecht geschieht bei dem Mädchen mit Essstörungen durch den Versuch der Anpassung an ein bestimmtes, ihnen vorgegebenes Frauenbild.

„Also damit sie ähm attraktiv ist und äh ihren Körper modelliert [...] also auch zeigt dass sie weiblich ist und weiblich sein heißt ja schlank sein (...) müssen und den Körper modellieren müssen...“ (Interviewtranskript, Z.65ff)

Dabei stellt sich für die Beraterin heraus, dass sich hinter dieser Anpassung für die Mädchen immer ein Sinn verbirgt. Meist wird durch die Erfüllung dieses Frauen und somit eines bestimmten Schönheitsideals, der Beziehungsaufbau zu Peers erleichtert. Sie finden schneller Anschluss und finden leichter einen Partner. Ist die Essstörung schon weiter fortgeschritten, so erhalten die Mädchen außerdem mehr Aufmerksamkeit innerhalb der sich sorgenden Familie.

Hier zeigt sich bereits, dass für die Beraterin im Phänomen der Essstörung die sozialen Kategorien Geschlecht und Körper eng miteinander verknüpft sind. Das in der Gesellschaft herrschende Frauenbild beinhaltet neben bestimmten typisch weiblich Verhaltensweisen und Charakterzügen immer auch eine bestimmte Vorstellung über den optimalen Körperbau. Dieses Körperbild ist der wohl wichtigste Faktor in Bezug auf die Anpassung der Mädchen.

Wie in *Kapitel 3.1.3 Körper als soziale Differenz* bereits beschrieben wurde, spielt der Körper in der sozialen Interaktion für die Bewertung, Leistungsfähigkeit und Identität eines Individuums eine erhebliche Rolle. Als normal und somit positiv zu bewerten ist ein dünner bzw. schlanker Körper. Mit ihm assoziieren wir Attraktivität, Leistungsfähigkeit und Disziplin, wohingegen Übergewicht als unattraktiv gilt und mit Eigenschaften wie Faulheit, Maßlosigkeit und Kontrollverlust einher zugehen scheint.

„Dicke Menschen sind angreifbar, dicke Menschen können verletzt werden, dicke Menschen können beschämt werden. Dick in Anführungsstrichen. (..) Und um sich

da, um sich da zu schützen (...) also und auch den Selbstwert zu schützen (...) nehmen sie dann ab und hungern.“ (Interviewtranskript, Z.110ff)

Diese Differenzierung zwischen Schlanksein als Normalität und Übergewicht als negativ zu bewertender Abweichung wird nicht nur durch die Anpassung der Individuen an ein bestimmtes Körperbild reproduziert. Wie im Interview von der Beraterin besonders betont wurde, spielt auch die Vermittlung dieser Körperbilder durch die Medien eine große Rolle.

„...und natürlich orientieren sie sich an diesen, äh (.) an den Medien, an dem Frauenbild was herrscht und sie orientieren sich auch an den Bemerkungen (.) die (.) dieses Medienbild transportieren. In engen, in nahen Beziehungen.“ (Interviewtranskript, Z.525ff)

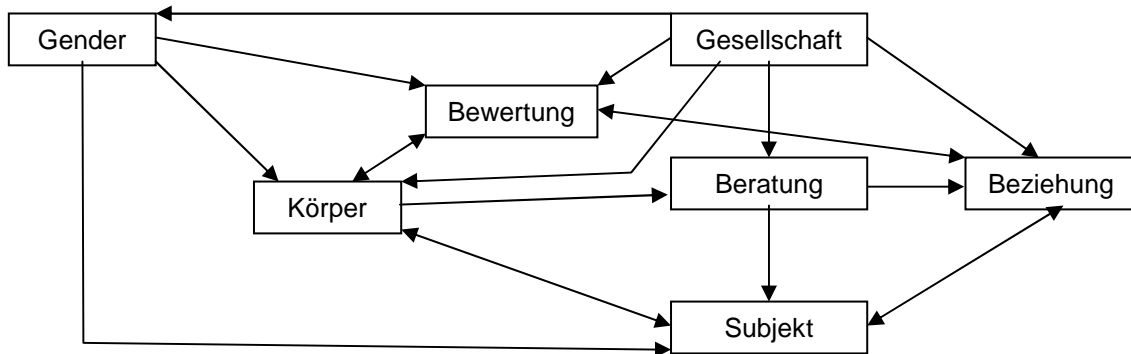
Prinzipiell lässt sich also sagen, dass es sich bei der Essstörung für die Beraterin um eine Abweichung von sozialen Normen handelt, welche paradoxerweise durch den Versuch der Anpassung an bestimmte, ebenfalls von der Gesellschaft vorgegebenen und in ihr (re-)produzierten Normativitätsvorstellungen in Bezug auf Geschlecht und Körper, ausgelöst wird.

Andere Differenzlinien sollen hier nicht näher erläutert werden. Auf sie wird an entsprechender Stelle eingegangen, insofern sie bei der weiteren Darstellung der Ergebnisse relevant werden sollten.

b) Wie wirken die relevanten Differenzlinien zusammen?

Um das Zusammenspiel der bereits genannten relevanten Differenzlinien besser darstellen und nachvollziehbar machen zu können, haben wir zunächst versucht, den Zusammenhang der in Abschnitt 5.3.2. aufgeführten sieben Hauptkategorien unseres Interviews herzustellen. Dazu haben wir anhand der Kodierparadigmata die jeweiligen Textstellen auf die darin vorkommenden Kategorien untersucht. Die dabei ersichtlich gewordenen Zusammenhänge sind in *Schaubild 2* dargestellt. Dabei stellen die einzelnen Pfeile eine Einwirkung der einzelnen Kategorien aufeinander, bzw. Wechselwirkungen zwischen den Kategorien dar. Die angegebenen Ein- und Wechselwirkungen dürfen jedoch nicht als vollständig und somit verallgemeinerbar gesehen werden. Es handelt sich hierbei nur um jene Ein- und Wechselwirkungen, welche durch die Auswertung des ExpertInneninterviews und den darin geschilderten Beispielen aufgetreten sind.

Schaubild 2: Zusammenhänge der sieben Hauptkategorien



Trotzdem zeigt sich hier ein kompliziertes Netzwerk zwischen den einzelnen Kategorien, welches nach einer detaillierteren und genaueren Beschreibung und Prüfung verlangt, als sie uns im Rahmen dieses Forschungsprojektes möglich ist. Darum haben wir unseren Schwerpunkt auch hier auf unsere Kernkategorie Beratung gelegt und möchten von dieser ausgehend zwei Interviewausschnitte genauer analysieren. Dabei werden wir nur kurz auf das Zusammenspiel der einzelnen Kategorien und Differenzlinien eingehen, woraufhin der Umgang der Beraterin mit diesen näher beleuchtet werden soll.

c) Umgang mit den Differenzlinien Körper und Geschlecht in der Beratung

Der erste Interviewausschnitt findet sich nach etwa siebzehn Minuten im Interviewtranskript wieder. Ihm voraus gingen drei längere Erzählpassagen der Beraterin, in welchen diese Beispiele von Geschichten der Mädchen erzählt, die in die Beratung kommen. Dabei wurden bereits viele wichtige Auslöser und Themen bei Essstörungen angesprochen. Darauf folgend hat die Interviewerin eine Frage nach den Besonderheiten der Beratung zum Thema Essstörung gestellt, wobei das Hauptaugenmerk auf den, der Beraterin selbst am wichtigsten erscheinenden Aspekten liegen sollte.

I: Das sind jetzt schon ganz viele Punkte, die vielleicht auch typisch sind für Beratung, grad in dem Bereich Essstörung, [ja] also die Krankheitseinsicht, Themen wie Kontrolle, Selbstwirksamkeit, Angst, Erwartungshaltungen. [mmh] Gibt's da noch andere Besonderheiten, die jetzt für Sie persönlich wichtig sind in ihrer Beratung? Bezogen jetzt auf die, also speziell für die Beratung für Essstörung?

B: Ja ähm, es ähm, die Frage ist jetzt, wie ich die, was wichtig ist in der Beratung?

I: Genau

B: (...) Also was grundlegend ist und ganz wichtig ist, is ne wertschätzende vertrauensvolle Beziehung, ((tiefes Einatmen)) Die Mutter gibt mir die, den Auftrag, ich soll doch gefälligscht dafür sorgen, dass die Tochter isst, aber diesen Auftrag, den muss ich draußen lassen, kann

nicht mit dem Auftrag da sitzen, dann krieg ich kein Kontakt zu dem Mädchen, dann bin ich im Kontakt mit dem Auftrag, aber nicht mit dem Mädchen. Also es geht schon drum, dass ich mich frei mache davon und dass ich das Mädchen so akzeptiere und wertschätze (...) wie sie grade is(s)t mit einem „s“ und mit zwei „s“. (...) Und diese Wertschätzung ist wichtig, (...) dieses positive Anfangen ist wichtig, also sie nicht gleich au-, sie nicht ansprechen, ey mmh, auf Defizite oder auf Unzulänglichkeiten oder auf, du machst was falsch, oder ((tiefes Einatmen)) so wie jetzt n Arzt vielleicht äh äh sagen würde, ja so geht's aber nicht, also du musch schon auch kucken, dass du dich gesund ernährst und so weiter. Nein (...) ich, ich versuch wirklich mich einzufühlen in die Mädchen und auch in ihr Denken, (...) ja, und da, und da n Zugang zu kriegen, (...) wenn wir da ähm, und es ist wichtig so ne positive Kraft ähm (...) herauszufinden.

Des ist des Erste und die positive Kraft is zum Beispiel ähm, (...) ja, mmh, dass die eigentlich die, die Erwartung ihrer Eltern erfüllen möchte, ((tiefes Einatmen)) oder dass sie eigentlich die Beziehung zum Papa verbessern möchte, oder wieder haben möchte, ((tiefes Einatmen)) oder dass sie eigentlich sich anderen zugehörig fühlen möchte (...) und des is auch wichtig, des haben die (.) Mädchen oft vergessen. Aber diese positive Kraft wieder rauszufinden is, is wichtig und wenn wir die herausgefunden haben, dann können wir uns ähm um die Essstörung kümmern, dann können wir erscht mal schauen ob, okay eigentlich will ich das und das fühlt sich gut an und ich spür das stimmt für mich.

Dann haben sie auch n Orientierung in sich wieder, ich spür des stimmt für mich und was mach ich eigentlich, um das zu erreichen, und hilft mir des, krieg ich des? Und wir müssen immer so arbeiten, dass wir die positive Kraft haben und die Negative und uns mit der Negativen auseinandersetzen und da setzten wir uns schon so auseinander, dass ich, ach ich bin da immer neugierig, find das immer spannend, welche inneren Strategien die Mädchen haben, was sie noch alles erfinden, (.) um nicht essen zu müssen oder äh Essen zu dürfen, also da gehen mer mit so nem Forschergeist dran, nicht mit einer Bewertung, sondern mit nem Forschergeist, das is aber jetzt spannend, mal sehen.

Und dann entsteht in dem Mädchen, wird dem Mädchen der Konflikt, der Ausgangskonflikt wieder bewusst, und diesen Konflikt wieder zu spüren, das ist wichtig. Und zu spüren, und den lass ich in ihr, ich helf ihr diesen Konflikt wieder zu entdecken, wieder zu spüren mit der ganzen Angst mit dem Schmerz was da mit verbunden ist, ((tiefes einatmen)) und lass ihn aber bei ihr und dann zu entdecken, da bin ich nicht alleine, also da ist jemand von außen, die mich versteht, die mir hilft, und die mich wertschätzt, also nicht abwertet, weil ich jetzt diesen Konflikt habe und ich schaff's nicht, alle anderen haben diesen Konflikt nicht, nur ich, sondern die mit ihrer, äh, ganzen Wertschätzung, mit ihrem Mitgefühl bei mir bleibt (...) das ist Beratung°

(Interviewtranskript, Z.184-233)

In diesem Interviewausschnitt werden zunächst einmal die beiden, uns hauptsächlich interessierenden Differenzlinien Körper und Geschlecht relevant. Dies geschieht, wie im gesamten Interview, schon allein durch die Tatsache, dass die Essstörung als Phänomen beides immer miteinander verknüpft. Wie bereits in Abschnitt 5.3.4.a angesprochen wurde, geschieht hier eine Auseinandersetzung mit einem bestimmten Geschlechterbild über den Körper.

Des Weiteren wird hier angesprochen, dass es die Mutter ist, die mit dem Mädchen in die Beratung kommt und der Beraterin ein Auftrag erteilt. Was in dieser einen Textstelle nicht ersichtlich wird, ist, dass die Beraterin im Interview fast ausschließlich nur von der Mutter spricht, die ihre Tochter in die Beratung begleitet. Die Mutter-Tochter-Beziehung scheint in Bezug auf das Thema Essstörung eine wichtige Rolle zu spielen. Dafür werden an anderer Stelle im Interview unterschiedliche Gründe genannt. Einerseits geht es um Ablösungskonflikte zwischen Tochter und Mutter. Andererseits wird angemerkt, dass Eltern ihre Töchter heutzutage während der Pubertät oft ängstlich beäugen, wenn es um die körperliche Entwicklung geht. Dabei kommt es oft zu einschränkenden Bemerkungen bezüglich des Essens, auch zu vergleichenden Kommentaren der Mutter in Bezug auf ihren Körperbau und den der Tochter. Außerdem vergleichen die Mädchen sich oft untereinander, wobei sie sich meist an Modellmaßen orientieren. Neben diesen Formen der gleichgeschlechtlichen Interaktion in Bezug auf den Körper, kommt es auch zu Kommentaren von Jungen über die Körper der Mädchen.

B: (...) Ja, was wir jetzt noch nicht angesprochen haben ist schon diese::, mh, (...) mh, oder was vielleicht noch nicht so deutlich wurde, ist schon dieses, dass die Mädchen denken, sie müssen schlank sein, weil nur wenn man schlank is, is man beliebt und erfolgreich. Und dass die Mädchen auch erleben, dass sie von den Eltern ängstlich beäugt werden (.) wenn sie in die Pubertät kommen. (..) Und früher gab's ja diese Backfischzeit, wo man gesagt hat, oh s is n Backfisch, also wenn- des Fett verteilt sich anders und, und äh mh und des-, da wachsen se ja aber wieder raus aus diesem-, aus dieser Backfischzeit. Und des darf ja heutzutage gar nicht mehr sein. Also die Eltern beäugen oft auch ((tiefes Einatmen)) die Mädchen ängstlich und die Mädchen erleben so Kommentare wie, musch du soviel essen, du hasch doch gerade gegessen. Na jetzt reichs aber. Äh, du isst Süßigkeiten, willsch du fett werden? Also solche Kommentare die ähm, (.) die setzen sich tief, äh, die greifen. (.) Oder Kommentare von der Mutter, ach du kriegsch meine Figur, genau so dicke Oberschenkel wie ich, ähm, es will, des Mädchen will keine dicken Oberschenkel haben, wobei die Oberschenkel von der Mutter vielleicht gar nicht dick sind, aber die Mutter fühlt sie als dick und des Mädchen fühlt sie als noch viel dicker, (.) ähm, Kommentare von den Jungs über den Körper des Mädchens, oder die Mädchen vergleichen sich immer wieder

untereinander, wer is dünner. Mh und die Mädchen in der Selbsthilfegruppe sagen, für sie is es ähm, ein, also sie freuen sich, weil sie sind die Dünnste. Des is ganz wichtig. Und sie sagen, sie ham sich nich so sehr an diesen, (.) sagen sie, an diesen Models orientiert, an diesen Figuren, sondern sie haben sich immer an den dünnsten Mädchen der Gruppe orientiert. Aber, ähm, die entsprechen ja diesen Modelvorgaben. (...)
(Interviewtranskript, Z.487-508)

Des Weiteren kommt die Differenzlinie Körper bezüglich der Normvorstellung der Gesellschaft über Gesundheit und Krankheit hier zum tragen. Der Auftrag der Mutter an die Beraterin kann hier stellvertretend für den Normalisierungsauftrag der Gesellschaft an die Beratung gesehen werden. Die Mutter verlangt von der Beraterin, dass die Tochter wieder normal isst. Das was die Mutter unter normalem Essen versteht, ist eine Reproduktion der gesellschaftlichen Normalitätsvorstellungen eines gesunden Essverhaltens. Die Mädchen sollen durch die Beratung wieder gesund, also normal werden, damit ihnen die (Re-)Integration in das gesellschaftliche Leben wieder gelingt. Die Gesellschaft wirkt hier also über die Beziehungen zur Beraterin auf das Subjekt ein und möchte dieses, mithilfe der Beratung, normalisieren. Diese Normalisierung bezieht sich auf die Differenzlinie Körper, im Sinne von Gesundheit und Krankheit.

Interessant ist nun die Vorgehensweise der Beraterin. Sie spricht von einer „positiven Herangehensweise“, durch welche sie versucht, die äußeren Einflüsse auszublenden, indem sie ihren Fokus in der Beratungssituation auf das Subjekt legt. Diese „positive Herangehensweise“ umfasst erstens eine klare Abgrenzung von einer Defizitorientierung, wie sie beispielsweise ein Arzt hat. Für ihn steht die Genesung, das heißt, die Normalisierung im Vordergrund. Die Beraterin möchte sich aber in das Denken, den Sinn, die Anstrengung und die Bedürfnisse, also die positive Absicht der Mädchen einfühlen. Sie sieht die Essstörung als Versuch der Mädchen, ein bestimmtes Bedürfnis zu befriedigen. Meist geht es darum eine Beziehung zur Familie und/oder zu den Peers zu beeinflussen. Dabei weichen die Mädchen auf den Körper als Mittel der Bedürfnisbefriedigung aus. Dieses Vorgehen der Beraterin sehen wir in Bezug auf unsere Fragestellung als Versuch, die Reproduktion der gesellschaftlichen Normalisierungsprozesse zu durchbrechen. Sie ist sich über Einflüsse und Auswirkungen in Bezug auf die Differenzlinien Körper und Geschlecht bewusst, blendet diese jedoch erst einmal aus. Sie möchte auf die Mädchen als Subjekte eingehen und ihnen helfen zu verstehen, weshalb sie sich in die Essstörung begeben, was der Ausgangskonflikt ist, woran sie sich bisher orientiert haben, um ihnen in einem zweiten Schritt Handlungsoptionen aufzuzeigen, indem sie ihnen hilft, eigene Vorstellungen und Wünsche zu entwickeln und somit eine eigene Identität auszubilden. Auch bei dieser Auseinandersetzung mit der Essstörung ist sie sich über die Trennung zwischen Krankheit

und Gesundheit, beziehungsweise dem Negativen und dem Positiven im Klaren. Trotzdem geht sie dabei nicht bewerten, sondern „forschend“ vor.

Man kann sich diesbezüglich die Frage stellen, ob es der Beraterin überhaupt möglich ist die angesprochenen Reproduktionsprozesse zu durchbrechen. Ist es nicht so, dass die Ziele der Beraterin dem Auftrag der Gesellschaft an sie entsprechen? Natürlich können eine Genesung in Bezug auf die Essstörung und somit eine bessere (Re-)Integration in die Gesellschaft Folgen einer Beratung sein. Entscheidend ist aber die Vorgehensweise, durch welche sich die Beraterin nicht in erster Linie an diesen Zielen der Gesellschaft orientiert und auf diese hin arbeitet, sondern durch welche sie mit den Mädchen die Reproduktionsprozesse herausarbeitet, welche sie selbst in der Essstörung herstellen. Somit findet im Sinne der Intersektionalität eine Analyse der komplexen sozialen Wirklichkeit statt, indem die Konstruktion und Reproduktion sozialer Differenzkategorien aufgezeigt wird und den Mädchen Handlungsoptionen für diese komplexe soziale Wirklichkeit eröffnet werden. (Vgl. Abschnitt 3.1 Intersektionalität)

Im folgenden Textbeispiel spielt neben den Differenzlinien Körper und Geschlecht außerdem noch die Herkunft der Mädchen, im Sinne eines Migrationshintergrundes eine Rolle.

Dabei ist anzumerken dass dieser Interviewausschnitt mit einer Frage der Interviewerin eingeleitet wird, welche die Beraterin auf ein Thema, Migration, stößt, welches sie von sich aus vielleicht gar nicht angesprochen hätte. Somit können ihre Aussagen zu diesem Thema auch unter einem gewissen Erzählruck entstanden sein, wodurch der Inhalt eher kurz dargestellt wird und die Interpretation dieser Aussagen viele Spielräume zulässt.

I: Und was nehmen sie da noch für andere Themen sage ich jetzt mal wahr, also außer Familie und, und Freunde oder, oder Peergroup? Gibt's noch andere Themen, die vielleicht nicht so häufig vorkommen, aber auch (..) vielleicht Hintergrund waren? Vielleicht die Herkunft oder Religion oder so was in die Richtung?

B: (..) Hab ich bis: jetzt noch nicht gehabt.

I: Noch nicht.

I: Nee, also Herkunft, ethnische Herkunft oder (mmh genau). Ähm: (...) Doch ich hab ähm (..) also ähm Migranten, Mädchen mit Migranten:, Migrationshintergrund kommen wenig in Beratung, fascht gar nicht und die, die kommen bleiben nicht. Ähm, es is oft so, dass der Rahmen für diese Beratung einer is, gegen den die Mädchen sich wehren. Also es kommt die Mutter mit dem Mädchen und sagt, die soll (..) äh wieder normal essen (...) und sie soll gefälligscht auch normal funktionieren. Des heißt, die soll ähm des essen, was ich koche und des is ja oft auch nen anderes Essen, weil des Identität noch stiftet in dieser Fremde, kochen sie ja auch oft anders und des Mädchen wehrt sich dagegen, also des is dann schon auch

ein Affront gegen des was die Mutter kocht ((tiefes Einatmen)). Und gegen diese ähm, diese Identität, dieses identitätsstiftende Essen auch ((tiefes Einatmen)) und (..) zumindescht die Mütter und Mädchen, die bei mir in Beratung waren, da war's immer so, dass die Mutter sich sehr aufopfert für die Familie und des Mädels des gefälligscht auch machen soll und funktionieren soll. Und des Mädchen möchte des nicht und dann gab's immer wieder Konflikte mit der Mutter, auch über des Essen, aber des war manchmal nur so n ((tiefes Einatmen)) wie, wie sagt man da, es ging nicht nur ums Essen, es ging auch um andere Konflikte, die wurden aber übers Essen ausgetragen, diese Abgrenzungskonflikte, ((tiefes Einatmen)) von dem, von der Tochter(..) Ja klar, es äh, Autonomie, Abgrenzung is natürlich auch, Eigenständigkeit is natürlich auch n, ((tiefes Einatmen)) n großes Thema. (Interviewtranskript Z.243-270)

Auf den ersten Blick kann der von der Beraterin hergestellte Zusammenhang zwischen den Differenzlinien Körper, Gender und Ethnizität folgendermaßen verstanden werden: Die drei Differenzlinien verstärken sich hier gegenseitig. Es besteht ein Identitätskonflikt zweier Kulturen, der über das Essen ausgetragen wird. Die Tochter steht zwischen den Erwartungen ihrer Mutter, welche die Werte einer anderen Kultur repräsentiert und den Vorstellungen der Gesellschaft, in welcher sie momentan lebt. Dieser Konflikt wird auch in Form des „Identitätsstiftenden Essens“ sichtbar, welcher die Küche des Heimatlandes der Eltern in das andere Land trägt. Außerdem wird von dem Mädchen erwartet, dass es sich dem Frauenbild der Herkunftskultur ihrer Eltern fügt und sich, wie ihre Mutter, für die Familie aufopfert. Dieses Frauenbild kann im Widerspruch zu dem Frauenbild der westlichen Kultur stehen. Den Widerspruch, den das Mädchen durch eben diese spürt, wird zu einem Identitätskonflikt für das Mädchen, welchen sie über die Essstörung zu lösen versucht. Hier hat sie die Möglichkeit sich ein Stück weit abzugrenzen und etwas Eigenes zu entwickeln.

Dieser Interpretationsansatz weist eine Reproduktion eines gesellschaftlich verankerten Frauenbildes in Familien mit Migrationshintergrund auf, das von der Beraterin auf die Familien mit Migrationshintergrund übertragen wird, die sie im Rahmen ihrer Beratung kennenlernt. Dabei ist sie sich jedoch bewusst, dass dies nicht die Regel sein muss: „zumindescht die Mütter und Mädchen, die bei mir in Beratung waren, da war's immer so“ (Interviewtranskript, Z.262f). Interessant ist an dieser Textstelle auch, dass die Beraterin nur in Bezug auf das Thema Migration von einem „identitätsstiftenden Essen“ spricht, obwohl sich dieses ebenso auf einen Großteil der anderen Mädchen mit Essstörungen übertragen lassen würde. Sie spricht der Tatsache des Migrationshintergrundes also eine, im Zusammenspiel mit den Differenzlinien Körper und Geschlecht, die Problematik verstärkende Rolle zu.

Betrachtet man vor diesem Hintergrund die Tatsache, dass für die Beratungsstelle selbst Ethnizität als Differenzlinie neben Körper und Gender in den Hintergrund tritt, da kein

spezielles Angebot für die Gruppe der Mädchen mit Migrationshintergrund besteht, so kann man in Bezug auf den Umgang mit Differenzen Folgendes festhalten: Dadurch, dass die Beratungsstelle die Differenzlinie Ethnizität in Bezug auf ihr Angebot nicht anspricht, werden Ungleichheitsverhältnisse bezogen auf diese Differenzlinie reproduziert und stabilisiert.

Es ist zu beachten dass aus dem Interview nicht klar ist, welche Gründe es für den wenigen Zulauf dieser Gruppe von Mädchen gibt und warum sie nicht in der Beratung bleiben. Auch die von der Beraterin angesprochenen Rahmenbedingungen lassen sich im Nachhinein von uns nicht näher bestimmen. Möglicherweise gibt es aber auch eine andere Institution, welche Migration und Ethnizität in den Vordergrund ihrer Beratung stellen und an welche die Mädchen weiter verwiesen werden, bzw. mit denen eventuell eine Kooperation besteht. Somit lässt sich der Umgang mit der Differenzlinie Ethnizität aus unserem Material nur vage erschließen.

5.4 Triangulation der Ergebnisse

Die Ergebnisse des Interviews decken sich mit den Ergebnissen der Dokumentenanalyse in Bezug auf die Differenzlinie Migration: in dem Interview kann Ethnizität als Differenzlinie nur vage erschlossen werden, in der Dokumentenanalyse kommt diese gar nicht vor. In dem Interview wird der Ethnizität in Bezug auf die Differenzlinien Körper und Geschlecht eine verstärkende Rolle zugesprochen, dennoch wird erwähnt, dass die Mädchen nicht in dem Beratungssetting bleiben. An dieser Stelle gibt die Dokumentenanalyse Aufschluss: in ihr wird erwähnt, dass sich ein Arbeitskreis verstärkt um die Weiterentwicklung des Themas Migration und Essstörung in Beratungssettings kümmern möchte. Das Thema Migration bzw. Ethnizität wird als Differenzlinie selbst zwar von den Wechselwirkungen mit den Differenzlinien Körper und Geschlecht nicht ausgeschlossen, aber dennoch gelingt es nicht, die Mädchen in den Beratungssettings zu behalten. Dieses Thema muss und wird in Zukunft weiterentwickelt werden. Die Essstörung verknüpft beide Differenzlinien Körper und Geschlecht als Phänomen in einem, deshalb sind diese bei der Auswertung sehr wichtig. Die Differenzlinien Körper und Geschlecht werden in beiden Ergebnisberichten deutlich angesprochen: Die Mädchen mit Essstörungen versuchen sich an die Normalität anzupassen, indem sie sich an ein bestimmtes, durch die Medien vorgegebenes Frauenbild anpassen möchten. Die Essstörung, die sie dabei entwickeln, weicht allerdings von der Normalität ab. Die Beratungsstelle nimmt laut den Ergebnissen des Interviews eine Normalisierungsrolle ein. Die Analyse der Dokumente brachte zutage, dass sich die Beratungsstelle als Vernetzer der Angebote sieht und aufgrund ihrer Niedrigschwelligkeit leichter in Anspruch genommen wird, da die Hürde wesentlich kleiner ist, in die Beratungsstelle zu gehen. In beiden Ergebnisberichten kam als mögliche Ursache für die Essstörung die Orientierung an falschen, durch die Medien vermittelte Frauenbilder infrage. Die Analyse der Dokumente ergab als weitere Ursachen das Fehlen eines „Fahrplans“, des

emotionalen Ankers sowie die extreme Beschleunigung des Lebens. Das Auswerten des Interviews ergab, dass sich hinter der Essstörung für die Betroffenen immer ein Sinn verbirgt: der schlanke Körper als Idealbild wird mit Schönheit, Disziplin und Leistungsfähigkeit verbunden, das Übergewicht dagegen gilt als Makel. Dadurch finden die Betroffenen schneller Anschluss in der Peer-Group, finden leichter einen Partner und bekommen später mehr Aufmerksamkeit von der Familie. In beiden Auswertungen wird erwähnt, dass der Erstkontakt in der Beratungsstelle über die Mütter der Betroffenen geschieht. Die Interviewanalyse ergab, dass die Mutter mit einem Auftrag kommt, der von der Beraterin verlangt, die Normalität in Bezug auf das Essen wiederherzustellen. Das heißt, dass die Differenzlinie Körper im Sinne von Gesundheit und Krankheit interpretiert wird. Die Mutter-Tochter-Beziehung stellte im Interview ein wichtiges Thema in Bezug auf die Essstörung dar: die Mutter vergleicht ihren Körper mit dem der Tochter oder ist zu ängstlich. In der Dokumentenanalyse lässt sich dieses Thema nicht feststellen. Es wird lediglich erwähnt, dass es eine große Anzahl alleinerziehender Mütter gab und deshalb für diese eine eigene Müttergruppe gegründet wurde. Die Beraterin geht laut den Ergebnissen forschend vor: sie will verstehen, warum die Betroffenen die Essstörung haben und die „positive Absicht“ (Z.158) dahinter entdecken. An dieser Stelle spielt die Niedrigschwelligkeit des Angebots eine Rolle: die Beraterin geht nicht nach Defiziten, sondern nach der „positiven Absicht“ (ebd.) vor und hilft, eine eigene Identität und eigene Wünsche zu entwickeln. Das Angebot ist ein erster Schritt, um die Betroffenen weiterzuvermitteln und deshalb Vernetzer zwischen den Angeboten.

6. Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Beraterin im Spannungsverhältnis:

Deutlich wird, dass die Beraterin im Umgang mit den sozialen Differenzen Körper und Geschlecht in einem Spannungsverhältnis steht. Sie balanciert zwischen dem von der Gesellschaft an sie herangetragenem Auftrag hinsichtlich der Normierung des Essverhaltens der Mädchen und den Versuchen, dieser durch das abweichende Essverhalten gegen gesellschaftliche Vorstellungen von Frauenbildern Widerstand zu leisten. Dabei blendet sie den Auftrag aus der konkreten Beratungssituation aus. Stattdessen stellt die Beraterin die Mädchen und deren Leidensdruck in den Mittelpunkt. Mit dieser entschiedenen „Subjektorientierung“ (vgl. Leiprecht, 2008) hilft die Beraterin den Mädchen ihren „subjektiven Möglichkeitsraum“¹⁹ (Holzkamp, 1983 in Leiprecht, 2008) zu erweitern um alternative

¹⁹ Der sozial-psychologische Begriff „Subjektiver Möglichkeitsraum“ geht auf den Psychologen Klaus Holzkamp zurück und meint die subjektiven Wahrnehmungs- und Deutungsmuster, Sinnstrukturen und Funktionalitäten im Verhältnis zum sozialen Kontext. Dieser Möglichkeitsraum und damit die Handlungsmächtigkeit des Subjekts werden auch von sozialen Differenzen wie Geschlecht, Ethnizität oder

Handlungs- und Bewältigungsstrategien zur Essstörung zu entwickeln. Durch eine ressourcenorientierte, explorativ verstehende Herangehensweise, die im zweiten Schritt die Arbeit an der Essstörung impliziert, gelingt es der Beraterin, die Mädchen in den Auseinandersetzungen mit dem Konflikt zwischen den eigenen Bedürfnissen und den gesellschaftlichen Anforderungen zu unterstützen. Ziel ist eine Genesung von der Essstörung, womit keine Anpassung an die gesellschaftlichen Konventionen gemeint ist, sondern eine „Anpassung“ an die individuellen Bedürfnisse der Mädchen, welche vorher durch die Anforderungen der Eltern als Vermittler (Sozialisationsprozesse) gesellschaftlicher Vorstellungen okkupiert waren. Durch ein hohes Reflexionsvermögen und Sensibilität in Bezug auf die eigenen „doing difference“ Prozesse und die strukturell verankerten Repräsentationen von Geschlechts- und Körperbildern, gelingt es der Beraterin die gesellschaftlichen Ansprüche in dem „Beratungs-Raum“ auszuklammern, und somit nicht zu reproduzieren. Dieser „individuelle Frei-Raum“ ermöglicht den Mädchen, ihre eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen, sowie ein positives Körperbild zu entwickeln.

Unsichtbare Differenzen und deren Auswirkungen:

Auf der Organisationsebene spricht diese Beratungsstelle explizit die soziale Differenz Mädchen/junge Frauen und Körper in Form von Essstörung an. Weitere Differenzen wie Ethnizität oder Jungen mit Essstörungen werden nicht angesprochen und bleiben damit unsichtbar. Wie aus der Dokumentanalyse zu entnehmen ist, wurden jedoch auch Jungen mit Essstörungen beraten. In Anbetracht der Tatsache, dass sich Essstörungen von Jungen vermehren, stellt sich die Frage ob ein explizites Ansprechen der Jungen zur Erreichung dieser Zielgruppe von Vorteil wäre. Dieser Widerspruch (Beratung von Jungen vs. nicht explizit angesprochene Zielgruppe) lässt sich aus unseren Materialien nicht auflösen.

Die Differenz Ethnizität wird ebenfalls nicht explizit angesprochen und eher von den anderen Differenzen Geschlecht und Körper überlagert, woraus sich ihre Relevanz verstärkt. Die daraus entstehende soziale Ungleichheit für Mädchen mit Migrationshintergrund und einer Essstörung besteht evtl. in Form eines fehlenden speziellen Angebots (vgl. 5.3.4, Textbeispiel S.49f.). Möglich wäre es jedoch, dass das generelle weltweite Problem der geringen Inanspruchnahme von psychiatrischen Regelversorgungsinstitutionen durch Patienten mit Zuwanderungshintergrund auch auf diese Beratungsstellen zu trifft. In Deutschland ist eine relativ zu geringe Zuwandererquote in Beratungsstellen, Kinder- und Jugendpsychiatrien und in Jugendhilfeeinrichtungen zu verzeichnen. Begründet wird dies u.a. mit Bedingungen wie schlechten Wohnverhältnissen, den relativen Unkenntnissen über Psychotherapie, mit Ängsten bezüglich kultureller Missverständnisse sowie mit Fremdheitserwartungen. Plädiert wird sowohl für eine sozialraumbezogene Arbeit als auch

Körper gerahmt. Ebenso beeinflusst das Subjekt durch den Umgang mit diesen Bedingungen seinen Möglichkeitsraum (vgl. Leiprecht, 2008).

für eine interkulturelle Öffnung der Institutionen. Beispielsweise hat sich gezeigt, dass die Inanspruchnahme von türkeistämmigen Familien mit der Anwesenheit und Abwesenheit eines muttersprachlichen Therapeuten steigt und sinkt (vgl. Schepker/Haasen, 2009). Durch das nicht Erreichen der Mädchen mit Migrationshintergrund werden die strukturell verankerten sozialen Ungleichheitsverhältnisse im Bezug auf die Differenz race reproduziert und damit verstärkt. Wie aus der Dokumentenanalyse zu entnehmen ist, wird nach Lösungen dieses Problems bereits in einem eigens dazu eingerichteten Arbeitskreis gesucht.

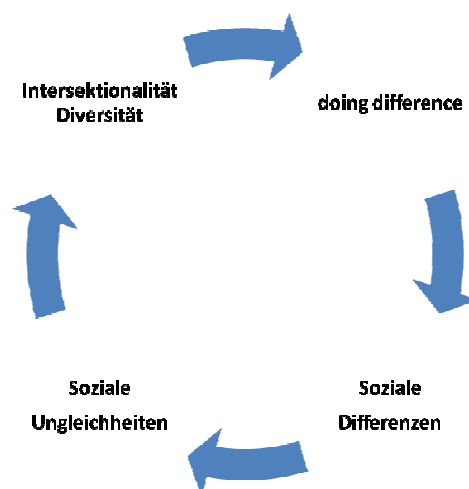
Reproduktion eines bestimmten Mädchenbildes:

Auffällig ist die gezielte Ansprache der Mädchen durch ein in rosa gehaltenen Flyer, der eine bestimmte gesellschaftliche Vorstellung von Mädchen (niedlich, kindlich, nur mädchenhaft, entzückend) anspricht und diese damit reproduziert. Dieses Mädchenbild entspricht nicht den heterogenen und divergierenden (jugendkulturellen) Inszenierungen von Mädchen. Hier könnte in der Repräsentation der Mädchen mehr Diversität gezeigt werden.

7. Ausblick

Die Fruchtbarkeit einer intersektionellen Perspektive für die komplexe Wirklichkeit der Interaktionen von sozialen Differenzen und deren Auswirkungen konnte anhand des Umgangs von den Differenzen Geschlecht und Körper in einer Beratungsstelle für Mädchen mit Essstörungen gezeigt werden. Abschließend lassen sich die einzelnen Perspektiven zur Beleuchtung der Entstehung von und dem Umgang mit sozialen Differenzen in einem Zirkel zusammenfassen und nutzbar für die Forschung und Praxis machen.

Schaubild 3: Zirkel einer diversitätsbewussten und intersektionellen Perspektive:



Die hier in einem Zirkel dargestellten Schritte einer intersektionellen Perspektive spiegeln jene in unserem Forschungsprozess wider. Theoretisch kann jedoch das Ansetzen der

Perspektive je nach Fragestellung und Untersuchungsgegenstand ebenso an jeder anderen Stelle im Zirkel erfolgen, da zwischen diesen Interdependenzen bestehen.

Im Hinblick auf unsere Fragestellung zum Umgang mit der sozialen Differenz Körper in einer Beratungsstelle für Mädchen mit Essstörungen begannen wir die intersektionelle und diversitätsbewusste Perspektive bei der Rekonstruktion der „doing difference“-Prozesse der Beraterin anzuwenden, gefolgt von den im Zirkel dargestellten Schritte.

Diese verliefen teilweise simultan im Forschungsprozess und waren begleitet mit den hier folgenden reflexiven Fragen (vgl. Riegel, 2009):

- *Doing difference*: Wie werden soziale Differenzen in der Beratung hergestellt?
- *Soziale Differenzen*: Welche sind wo relevant? Welche sind verdeckt? Welche Funktion haben diese für alle Beteiligten?
- *Soziale Ungleichheiten*: Welche resultieren daraus? Wer ist betroffen, wer profitiert?

Durch die Anwendung einer intersektionellen und diversitätsbewussten Perspektive wurde es möglich Reproduktionsprozesse von Differenzbildung und verdeckte Differenzen zu entkleiden um daraus evtl. auch mögliche Handlungsperspektiven abzuleiten, was die Fruchtbarkeit dieses Vorgehens auch für andere Projekte unterstreicht.

Literatur

Abraham, A.; Müller, B. (Hg.): Körperhandeln und Körpererleben. Multidisziplinäre Perspektive auf ein brisantes Feld. Bielefeld, Transcript Verlag, 2010.

Bogner, A./Menz, W.: Das theoriegenerierende Experteninterview. Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In: Bogner, A./Littig, B./ Menz, W. (Hrsg.): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Opladen, Leske + Budrich, 2002, S.33-70

Böhm, A.: Theoretisches Codieren: Textanalyse in der Grounded Theory. In: Flick/Kardoff/Steinke (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg, Rowohlt Taschenbuch Verlag, 4. Auflage, 2000, S.475-485.

BZgA: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln, 2004.

Crenshaw, K.: Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics, 1989.

<http://faculty.law.miami.edu/zfenton/documents/Crenshaw--DemarginalizingIntersection.pdf>

(Stand: 2010-05-08).

Degele, N./Winker, G.: Intersektionalität als Mehrebenenanalyse, Juli 2007. Online im Internet: http://www.tu-harburg.de/agentec/.../pdf/Intersektionalität_Mehrebenenanalyse.pdf

(Stand: 2010-04-11).

Denzin, N.K.: The Research Act. Chicago, Adine, 3.Auflage, Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1987/1989.

Dilling, H./Mombour, W./Schmidt, M.H.(Hg.): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Bern, Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, 7., überarbeitete Auflage, 2010.

Fegert, J.M./Streek-Fischer, A./ Freyberger, H.J. (Hg.): Adoleszenzpsychiatrie. Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters. Stuttgart, Schattauer GmbH, 2009.

Fenstermaker, S./West, C.: „Doing Difference“ revisited. Probleme, Aussichten und der Dialog in der Geschlechterforschung. In: Heintz, B. (Hrsg.): Geschlechtersoziologie. Opladen, 2001, S. 236-249.

Flick, U.: Qualitative Sozialforschung - Stand der Dinge. In: Orth, B./ Schwietring, T./ Weiß, J. (Hg.): Soziologische Forschung: Stand und Perspektiven. Opladen, 2003, S. 303-322.

Flick, U.: Triangulation in der qualitativen Forschung. In: Flick/Kardoff/Steinke (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg, Rowohlt Taschenbuch Verlag, 4. Auflage, 2000, S.309-318.

Gildemeister, R: Soziale Konstruktion von Geschlecht, 2006. <http://www.telse.kiel-ist-meine-jacke.de/uploads/Soziale%20Konstruktion%20von%20Geschlecht.pdf> (Stand: 2010-05-08).

Glaser,B.G./Strauss,A.L.: Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. Bern, Verlag Hans Huber, 2., korrigierte Auflage, 2005.

- Groß, G.:** Verhaltenstherapeutische Modellvorstellungen. In: Herpetz, S./de Zwaan, M./Zipfel, S. (Hg.): Handbuch Essstörungen und Adipositas. Heidelberg, Springer Medizin Verlag, 2008, S. 54-58.
- Heintz, B.** (Hrsg.): Geschlechtersoziologie. Sonderheft der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Wiesbaden, Westdeutscher Verlag GmbH, 2001.
- Helfferrich, C.:** Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung von Interviews. Wiesbaden, VS-Verlag, 2004.
- Herpertz-Dahlman, B.:** Anorexia nervosa im Kindes- und Jugendalter. In: Herpetz, S./de Zwaan, M./Zipfel, S. (Hg.): Handbuch Essstörungen und Adipositas. Heidelberg, Springer Medizin Verlag, 2008, S. 19-23.
- Kessel, F./Plößer, M.** (Hg.): Differenzierung, Normalisierung, Andersheit. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2010.
- Knölker, U./Mattejat, F./Schulte-Markwort, M.:** Kinder- und Jugendpsychiatrie systematisch. Bremen, UNI-MED Verlag AG, 4. Auflage, 2007.
- Kromeyer-Hauschild, K.:** Definition, Anthropometrie und deutsche Referenzwerte für BMI. In: Wabitsch, M./ Zwiauer, K./Hebebrand, J./Kiess, W. (Hg.): Adipositas bei Kinder und Jugendlichen. Grundlagen und Kritik. Berlin, Heidelberg, Springer-Verlag, 2005, S. 3-15.
- Leiprecht, R.:** Eine diversitätsbewusste und subjektorientierte Sozialpädagogik. In: Neue Praxis (2008) 4, S. 227-438.
- Meuser, M./Nagel, U.:** Expertinneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Garz, D./Kraimer, K. (Hrsg.): Qualitativ-empirische Sozialforschung. Opladen, Westdeutscher Verlag, 1991, S.441-471.
- Plößer, M.:** Differenz performativ gedacht. Dekonstruktive Perspektiven auf und für den Umgang mit Differenzen. In: Kessel, F./Plößer, M. (Hg.): Differenzierung, Normalisierung, Andersheit. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2010.
- Riegel, C.:** Intersectionality. Eine kritisch-reflektierende Perspektive für die erziehungswissenschaftliche Forschung und pädagogische Praxis. Unveröffentlichtes Manuskript, 2009.
- Riegel, C.:** Intersektionalität als transdisziplinäres Projekt: Methodologische Perspektiven für die Jugendforschung. In: Riegel, C./ Scherr, A./ Stauber, B (Hg.): Transdisziplinäre Jugendforschung. Grundlagen und Forschungskonzepte. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2010.
- Rosenthal, G.:** Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung. Weinheim und München, Juventa Verlag, 2., korrigierte Auflage, 2008.
- Schepker, R./Haasen,C:** Adoleszenz und Migration. In: Fegert, J.M./Streek-Fischer, A./ Freyberger, H.J. (Hg.): Adoleszenzpsychiatrie. Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters. Stuttgart, Schattauer GmbH, 2009.

- Schulze, U.M.E./J. von Wietersheim:** Essstörungen. In: Fegert, J.M./Streek-Fischer, A./Freyberger, H.J. (Hg.): Adoleszenzpsychiatrie. Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters. Stuttgart, Schattauer GmbH, 2009, S. 340-354).
- Stauber, B:** Schlanke Mädchen – kein Problem? Körperinszenierungen zwischen Selbst- und Fremdbestimmung. Vortragsdokument, 2009.
- Strauss, A.:** Methodologische Grundlagen der Grounded Theory. In: Strübing/Schnettler (Hrsg.): Methodologie interpretativer Sozialforschung. Klassische Grundlagentexte. Konstanz, UVK Verlagsgesellschaft mbH, 2004, S.427-451.
- Strübing, J.:** Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH, 1. Auflage, 2004.
- Teufel, M.; Zipfel, S.:** Anorexia nervosa und Bulimia nervosa im Erwachsenenalter. In: Herpetz, S./de Zwaan, M./Zipfel, S. (Hg.): Handbuch Essstörungen und Adipositas. Heidelberg, Springer Medizin Verlag, 2008, S. 14-18.
- Tilmann, H.:** Klassifikation und Diagnose: Eine historische Betrachtung. In: Herpetz, S./de Wabitsch, M./ Zwiauer, K./Hebebrand, J./Kiess, W. (Hg.): Adipositas bei Kinder und Jugendlichen. Grundlagen und Kritik. Berlin, Heidelberg, Springer-Verlag, 2005.
- Villa, P.-I.:** Sexy Bodies. Eine soziologische Reise durch den Geschlechtskörper. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH, 3. Auflage, 2006.
- Winkler, G./Degele, N.:** Intersektionalität. Zur Analyse sozialer Ungleichheit. Bielefeld, Transcript Verlag, 2009.
- Wolff, S.:** Dokumenten- und Aktenanalyse. In: Flick/Kardoff/Steinke (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg, Rowohlt Taschenbuch Verlag, 4. Auflage, 2000, S. 502–513.
- Wunderer, S./Schnebel, A.:** Interdisziplinäre Essstörungstherapie. Psychotherapie, Medizinische Behandlung, Sozialpädagogische Begleitung, Ernährungstherapie. Weinheim und Basel, Beltz Verlag, 2008.
- Wustmann, C.:** Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen. Fördern. Berlin · Düsseldorf · Mannheim, Cornelsen Verlag Scriptor GmbH & Co. KG, 2008)
- Zipfel, S./Löwe, B./Herzog, W.:** Verlauf und Prognose der Anorexia nervosa. In: Herpetz, S./de Zwaan, M./Zipfel, S. (Hg.): Handbuch Essstörungen und Adipositas. Heidelberg, Springer Medizin Verlag, 2008, S. 44-52.
- Zwaan, M./Zipfel, S. (Hg.):** Handbuch Essstörungen und Adipositas. Heidelberg, Springer Medizin Verlag, 2008, S. 4-8.

Anhang

Kodierparadigmata:

URSACHEN

Der Bruder ist erkrankt, braucht viel Aufmerksamkeit (S.3)
Mutter kommt mit Auftrag in die Beratungsstelle, Mädchen soll wieder funktionieren und normal Essen (S.8)
Essstörung als Zwischenlösung (S.9)
Tod durch Essstörung (S.13)
Essstörung (S.10)
Ängste (S.9)
Anfragen bis 28 Jahre (S.11)

KONTEXT

Kranke Menschen brauchen mehr Aufmerksamkeit als Gesunde.
Gesellschaft bestimmt was schön und erfolgreich ist.
Mädchen mit Migrationshintergrund kommen kaum in die Beratung
Mädchen kriegen alles, wenn es der Bildung dient.
Verständnislosigkeit (Mädchen erfüllte alle gesellschaftlichen Werte + Normen)
Mädchen mit Magersucht und Bulimie besuchen hauptsächlich das Gymnasium
Familienform: alleinerziehend, nur Mutter-Tochter-Beziehung als Risikofaktor
Es gibt eine Beratungsstelle als Anlaufstelle, Eltern sind sensibilisiert
Freundschaftsbeziehungen als Schutzfaktor

PHÄNOMEN

Differenzen

INTERVENIERENDE BEDINGUNGEN

Mädchen war gesund und so normal, braucht nicht so viel Aufmerksamkeit.
Das Mädchen hat das Gefühl nicht liebenswert zu sein.
Das Mädchen war stämmig und kräftig gebaut.
Sie wurde in der Schule durch Beschämungen abgewertet (Fettwanst)
Diese verletzenden Bemerkungen sind auf eine bereits bestandene Verletzung gefallen
Essen als identitätsstiftend in der Fremde, Mutter opfert sich in der Familie auf, erwartet dies auch von dem Mädchen
Mädchen müssen sich der Vorstellung der Eltern anpassen, sich unterordnen. Eltern erwarten dass ihre Erwartungen erfüllt werden.
Eltern kümmern sich, Mädchen bekommen ganz viel.
Großes, schönes Mädchen, blond, Modelmaße.
Geld und Unterstützung waren da (Klinik, Ärzte, Therapeutin)
Hatte Freundinnen, war im Leben, lebendig, freudig
Schwer für Mädchen sich abzugrenzen, wenn Mutter-Tochter-Beziehung die einzig vertraute Beziehung ist. Ängste bei Tochter und Mutter
Der Gipfel liegt bei 16 Jahren, es kommen jedoch auch Mädchen mit 13,14 Jahren
Schwere der Krankheit, Motivation, guter Kontakt zu Beraterin
Freundinnen Beziehung als Ressource
Chronifiziert, starke psychische Konflikte

KONSEQUENZEN

Mädchen trägt nach jetzt Größe 40, ist für sie ein Erfolg, die Klassenkameraden verletzen sie weiter mit Bemerkungen.
Konflikte mit der Mutter über das Essen (Abgrenzung Autonomie, Eigenständigkeit)
Mädchen mit Migrationshintergrund bleiben nicht in der Beratung.
Mädchen grenzt sich durch die Essstörung ab, löst sich aber nicht ab. Konflikt mit den Eltern auf anderer Ebene.
Niemand konnte helfen
Beratung wird nach Formen der Essstörungen getrennt
Ablösung ist schwer
Die über 24 Jährigen werden weitervermittelt an Psychotherapeutinnen nach einmaliger Beratung.
Bei den jüngeren wird in der Beratung unterstützend mit Medien gearbeitet.
Manche werden durch Beratung gesund, manche werden weitervermittelt

STRATEGIEN...

Das Mädchen fängt an z u Hungern
Mädchen wehrt sich dagegen
Mädchen bestimmt selbst was sie isst, wann sie isst, wie sie isst. Im Hunger spürt sie sich als stark als eigenständige Person.
Essstörung
Übergewicht muss man anders anschauen als Magersucht /Bulimie
Essstörung
Altersspanne bis 23/24 Jahren
Behandlungseinschätzung der Beraterin

URSACHEN

Wunsch nach Beziehung/ einem Partner (S.2/3)
Mutter-Tochter-Beziehung (S.4)
Kulturell bedingtes Frauenbild (S.8)
Alleinerziehende Mutter einer Tochter (S.9)
Orientierung an Frauen- und Männerbild (S.12)
unbekannt (S.12/13)
Pubertät (S.15/16)
?

KONTEXT

Frauenbild
Genderspezifische Beratung
Migrationshintergrund
Familienkonstellation
Beratung von Jungen und Mädchen
?
Veränderung des Frauenbildes in der Gesellschaft; Einfluss von Medien
?

INTERVENIERENDE BEDINGUNGEN

Weiblich sein heißt schlank sein
Jungenclique lästert über Mädchen ab
? (nicht genannt)
Mutter möchte, dass die Tochter dieselbe, aufopfernde Rolle in der Familie übernimmt, „normal funktioniert“
Mutter-Tochter-Beziehung als einzig vertraute Beziehung
Den Mädchen fällt es schwer sich abzugrenzen, Konflikte zu wagen; Angst der Mädchen
Ängste der Mütter
Unterschiedliche Entwicklung; Vergleiche untereinander;
Mobbingfälle
Körper muss in ein vorgefertigtes Bild passen
Großes, wunderschönes blondes Mädchen; Modelmaße
Eltern beäugen körperliche Entwicklung der Töchter
ängstlich; einschränkende Kommentare bzgl. des Essens;
Mädchen denken sie müssen schlank sein, um erfolgreich und beliebt zu sein
Transport des Frauenbildes durch die Medien
?

PHÄNOMEN

Geschlecht

KONSEQUENZEN

Erfolg: bekommt einen Freund
Beratung der Mutter und der Tochter durch Beraterin
Abgrenzungskonflikt
Mutter geht mit Tochter zur genderspezifischen Beratung
? (nicht genannt)
trotz unterschiedlicher Strategien keine
unterschiedliche Herangehensweise in der Beratung
Ausstrahlung einer 70-jährigen; Tod
Mädchen fühlen sich dick, haben Angst dick zu werden und fangen an abzunehmen/ zu Hungern
?

STRATEGIEN...

...der Mädchen

Körper modellieren, Hungern
Tochter wehrt sich gegen dieses Frauenbild/ gegen die Mutter durch Nicht-Essen
Hungern
Hungern
Hungern
Orientierung an Modells; Vergleich untereinander

...der Jungen

Fitnessstudio, Energydrinks, Eiweißaufbaudrinks
Hungern; Anorexie; Bigorexie

...der Eltern

Mutter macht der Tochter Druck, in die Beratung zu gehen
Mutter vergleicht den eigenen Körper mit dem der Tochter („ach du kriegst meine Figur, genau so dicke Oberschenkel“)

...der Beraterin

Weitervermittlung an Therapeutinnen (S.14)

URSACHEN

??????

kultureller Hintergrund

Vorstellungen der Eltern; Bildungsdiktat

Veränderung des Frauenbildes in der Gesellschaft; Modelvorgaben; Einfluss der Medien

Perfektionismus

KONTEXT

(Wunsch nach) Beziehung/Partnerschaft (S.2/3)

Peergroup (S.3/4)

Schwimmbad (S.5)

Beratung (S.6/7)

Migration (S.8/9)

Familie (S.9)

Beratung von Jungen und Mädchen (S.12)

Pubertät; Beziehungen (S.15/16)

Beratung (S.17)

INTERVENIERENDE BEDINGUNGEN

Partner lästert über seine frühere Freundin, dass sie dick war

Weiblich sein heißt attraktiv und schlank sein

Wenn sie den Freund halten will muss sie dünn bleiben

Stämmig, kräftig gebaut

Dicke Menschen sind angreifbar, können verletzt werden, können beschämt werden

Öffentliche Beschämungen

Bedürfnis nach Selbsterhöhung

Bedürfnis nach Zugehörigkeit; Verbesserung von Beziehungen

Mutter möchte, dass die Tochter dieselbe, aufopfernde Rolle in der Familie übernimmt, „normal funktioniert“

Tochter möchte diesem Frauenbild nicht entsprechen

Tochter soll erfolgreich sein, die richtigen Freunde haben, den richtigen Partner haben

Durchsetzen des Selbstbildes nicht möglich

der Körper muss in ein vorgefertigtes Bild passen

Unterschiedliche Entwicklung; Mobbing

Mädchen denken sie müssen schlank sein, weil sie nur dann beliebt und erfolgreich sein können

Medien transportieren Frauenbild in Beziehungen

Verunsicherung im Körper selbstbild

Man ist nie perfekt genug

PHÄNOMEN

Frauenbild/Männerbild

STRATEGIEN...

...der Mädchen

Körper modellieren, Hungern

Abnehmen/Hungern um den Selbstwert zu schützen

Nichts essen; Körper präsentieren

Anpassungsversuch durch Hungern

Ablehnung des Identitätsstiftenden Essens

Versuch der Selbstbestimmung durch Hungern;

Ausweichen auf den Körper

Anpassungsversuch durch Hungern

Vergleiche untereinander; Orientierung an Medien/ Models/ an den Dünnten

Anpassung; Bewertungen werden als eigene Gefühle wahrgenommen

...der Jungen

Vergleich untereinander; Anpassungsversuche durch Fitnessstudio, Energydrinks, Eiweißaufbaudrinks, Hungern

...der Eltern

Mutter möchte Tochter mit Hilfe der Beraterin in ihr Frauenbild einfügen

Unterordnung der Tochter; Druck

Ängstliches Beäugen der körperlichen Entwicklung der Tochter

...der Beraterin

Wertschätzung des Mädchens, so wie es gerade is(s)t

„Was mache ich mit mir, wenn ich mich dermaßen anpasse?“

Anstrengung herausarbeiten

Trennung von Bewertungen und Gefühlen

KONSEQUENZEN

Mädchen findet einen Partner

Peers lästern über Essverhalten und Körper ab

Entspricht persönlichem Bild (Erfolg), aber nicht dem der Peers

→ Essstörung

maßlose Bewunderung

Konflikt; Wertschätzung und Bearbeitung dieses Konfliktes in der Beratung

Ablösungskonflikt

Mädchen wehren sich gegen Rahmen der Beratung

Autonomie und Selbstbestimmung, aber nur in Bezug auf das Essen/ den Körper

Hauptsächlich Gymnasiastinnen in der Beratung (S.10)

Esstörungen (Anorexie, Bulimie, Bigorexie)

Orientierung

Mädchen bekommen Körperinnenbild; Bewusstwerden über Gefühle und Bewertungen

URSACHEN

Mädchen wollte einen Freund haben, Bedürfnis nach Zugehörigkeit (S.2)
Kranker Bruder, Mädchen ist kräftig gebaut (S.3)
Mutter war wegen Tochter in Beratung (Mädchen hatte keine Krankheitseinsicht) (S.5)
Mutter kommt mit Mädchen (Migrationshintergrund) in die Beratung und hat den Auftrag, dass diese wieder normal funktionieren soll (S.8)
Junge war klein, nicht muskulös (S.12)
Essstörung (S.12)
Pubertät /Backfischzeit (S. 15)
Hungern als Bewältigungsstrategie (S.17)
Bedürfnis nach Zugehörigkeit (S.15)

KONTEXT

Weiblich sein heißt schlank sein, heißt bessere Aussichten auf einen Partner= Normalität
Krankheit als Abweichung erhält einmal soziale Unterstützung das andere Mal wird diese Abweichung der Norm sozial abgewertet.
Dünne, schlanke Körper erhalten gesellschaftliche Aufmerksamkeit und Bewunderung
Funktionieren, d.h. angepasst sein und den Erwartungen entsprechen = Normalität
Jungen/Männerbild gesellschaftlich bestimmt = Norm
Mädchen hat alle Werte und Normen der Gesellschaft erfüllt (groß, schön, blond, lebendig, Freunde...) = Norm, wurde trotzdem Krank = Widerspruch
Backfischzeit keine Schonzeit mehr = Abweichung
Schmaler Grad zwischen Gesundheit und Krankheit; zwischen Norm und Abweichung
Abnehmen als Übergewichtige ist gesellschaftlich erwünscht = Anpassung an die Norm

INTERVENIERENDE BEDINGUNGEN

Jungenclique lästert über Mädchen allgemein
Freund macht verletzende Bemerkung gegenüber dem Mädchen
Bruder erhält mehr Aufmerksamkeit in der Familie
Mädchen wird in der Klasse hinsichtlich ihres Körpergewichts abgewertet
Mädchen hungerte und verweigerte die Beratung
Mädchen soll Essen was die Mutter kocht (identitätsstiftendes Essen in der Fremde). Die Mutter opfert sich für die Familie auf, was sie von ihrer Tochter auch erwartet
Wurde gehänselt
Klinik, Therapeutin, Geld, Eltern
Mutter kommentiert den Körper und das Essen ihrer Tochter negativ und vergleicht sie mit sich (zu viel Essen, zu dick, bekommst auch noch Oberschenkel wie ich)
Anfangs gutes Gefühl, da es klappt, Gefühl auf dem richtigen Weg zu sein, (autonom, selbstwirksam sein, etwas leisten)
Mädchen fühlt sich selbstbewusster, kann besser auf andere zugehen, traut sich mehr, gibt sich selbst Anerkennung

PHÄNOMEN

Normalität vs. Abweichung

Hungern, Körper modellieren, weiblich sein wollen
Hungern
Mädchen präsentiert den Körper im Schwimmbad
Mädchen wehrt sich durch Hungern
Fitness um Muskelmasse anzutrainieren
Körpermodellieren, durch Hungern und Erbrechen
Unterstützung
Werden von Eltern ängstlich beäugt
Für die Befriedigung der Eigenen Bedürfnisse selber sorgen
Hungern

KONSEQUENZEN

Hat einen Freund gekriegt, ihr Ziel erreicht, dieser äußert sich negativ zu ihrem Körper-aussehen, Mädchen hungert weiter, nimmt extrem ab
Mädchen hat sich auf Größe 40 gehungert, ist für sie ein Erfolg. Jedoch kommen von der Klasse weitere Abwertungen.
Beratung
Mädchen wurde von anderen bewundert = Selbstwerterhöhung
Am Ende der Freibadsaison konnte das Mädchen in die Beratung kommen
Konflikt wird über das Essen ausgetragen (Autonomie, Abgrenzung, Eigenständigkeit)
Körper passt in ein vorgefertigtes Bild
Ausstrahlung einer 70 Jährigen Frau, Buch geschrieben, Mädchen ist gestorben, Unverständnis
Mädchen konkurrieren in der Selbsthilfegruppe miteinander, wer die dünnste ist.
Bestätigung von außen = gefährlich, schafft Illusion über Krankheit
Wird toleriert von außen, Mädchen erhält Bestätigung, hat neue Möglichkeiten

URSACHEN

Konflikte in den Beziehungen (S.1)
Mädchen fühlt sich abgewertet, verlassen, übersehen; Kummer (S.1)
Verlust der Peer Group; kein Zugang zu neuer Klasse (S.2)
Wunsch nach einem Freund (S.2/3)
Krankheit des Bruders (S.3/4)
Erwartungen der Eltern (S.5/6)
Konflikt/ Ausgangskonflikt (S.6/7)
Konflikte mit der Mutter; Abgrenzungskonflikte (S.8/9)
Erwartungen der Eltern (S.9)
Unterschied in der Entwicklung zu Peers; klein sein (S.12)
Reproduktion des (durch die Medien vermittelten) Frauenbildes in nahen Beziehungen (S.15/16)
Mobbing in der Schule (S.17/18)
Unbefriedigte Bedürfnisse (nach Zugehörigkeit) (S.18/19)

KONTEXT

Mädchen nehmen Essstörungen nicht als Problem wahr
Trennung der Eltern; Vater findet eine neue Partnerin
Umzug
Frauenbild (weiblich sein heißt schlank sein)
Umgang mit Normalität und Gesundheit/Krankheit
Orientierung der Peers an bestimmtem Frauenbild
Erfolgsorientierung in der Gesellschaft/ bei den Eltern
Beratung
Migrationshintergrund; bestimmtes, kulturell geprägtes Bild über die Rolle der Frau in der Familie („Aufopferung“)
Bildungsdiiktat
Jungen-/ Männerbild (groß, muskulös)
Frauenbild; Einfluss der Medien; Steigende Beobachtung der weiblichen Entwicklung während der Pubertät
? (nicht genannt)
Wertvorstellungen in der Gesellschaft (Autonomie, Leistung, Selbstwirksamkeit, schlank sein)

INTERVENIERENDE BEDINGUNGEN

Essstörung hat für die Mädchen einen Sinn
Anstrengung der Mädchen, selbst gut für sich zu sorgen
Vater hat keine Zeit mehr; Konkurrenz mit/zu den Kindern der neuen Partnerin
Mädchen steht im Abseits; Schmerz, Bedürfnis nach Zugehörigkeit; keine Ressourcen oder Strategien; Gefühl, übersehen zu werden
weiblich, attraktiv, schlank sein wollen
verletzende, abwertende Bemerkungen/Beleidigungen bezüglich des Körpers von Freund und Peer Group
Eltern kümmern sich weniger um Tochter, da diese so gesund und normal ist
Verletzende Bemerkungen in der Schule, weil sie kräftig gebaut ist
→ Abwertungen fallen auf „verletzten Boden“ (Situation in der Familie)
Eltern beschwerten sich massiv über die Tochter
Gefühl, den Erwartungen nicht gerecht werden zu können
Beraterin als am Konflikt unbeteiligte Person
Anderes Essgewohnheiten, welche für die Familie Identität in der Fremde stiften
Konflikte werden über das Essen ausgetragen
Mädchen bekommen viel von den Eltern, wenn es der Bildung dient, müssen sich dafür aber genau den Vorstellungen den Eltern anpassen/ sich unterordnen
Gehänselt werden; Mobbing
Wunsch, dem Männerbild zu entsprechen
Kommentare von Bezugspersonen bzgl. des Körpers in der Pubertät
Mädchen wollen nicht dick sein/werden, „denken sie müssen schlank sein, denn nur wenn man schlank ist, ist man beliebt und erfolgreich“
Verunsicherung bezüglich des Körperselbstbildes
Angst in die Schule zu gehen
Mädchen wollen Bedürfnisse selbst befriedigen; Illusion der Kontrolle über die Essstörung; Dünn sein wird in der Gesellschaft lang toleriert

PHÄNOMEN

Essstörung

KONSEQUENZEN

verändertes Essverhalten
? (nicht genannt)
Kontrolle der Zuwendung in der Familie (Eltern kümmern sich verstärkt um die)
Verhältnis zur Klasse bleibt unverändert
Freund gefunden, aber trotzdem nicht aufgehört zu hungern
Abnehmen als subjektiver Erfolg
Weitere, auch öffentliche Abwertungen durch die Peers (Spirale)
Selbstbestätigung; Selbstwirksamkeit erleben; Rückzug in eine eigene Welt; Orientierung, Sicherheit, Kontrolle, Halt
Mädchen spürt Angst und Schmerz des Ausgangskonfliktes erneut
Erkenntnis damit nicht allein zu sein, nicht abgewertet zu werden; Hilfe und Wertschätzung erfahren
Mutter bringt Tochter in die Beratung, mit dem Auftrag: Sie soll „wieder normal essen und sie soll gefälligscht auch normal funktionieren“
Mädchen spüren sich im Hungern sehr stark als eigenständige Person; Selbstbestimmung
Beratung
Orientierung an Modelvorgaben/ an den Dünnten (der Selbsthilfegruppe)
Beratung
Beginn der Krankheit
Bestätigung und Anerkennung von Außen
Mehr Selbstbewusstsein; Steigerung des Selbstwertgefühls; Sie trauen sich mehr, können besser auf Andere zugehen

STRATEGIEN...

...der Mädchen

Essstörung als Bewältigungsstrategie
Essstörung als Bedürfnisbefriedigung
Hungern
Hungern
Hungern; Modellierung des Körpers
Hungern
Exakter Essensplan wird mit viel Disziplin eingehalten
Mädchen wehrt sich gegen „Identitätsstiftendes Essen“
Essstörung als Zwischenlösung → „ich grenz mich ab, aber ich lös mich nicht ab“
Hungern; Vergleich untereinander; Suche nach Orientierung
„Mama ich bin zu dick“ als Synonym für die Angst
Hungern

...der Jungen

Körper modellieren (Fitnessstudio, Energydrinks, Eiweißpräparate);
Hungern → u.a. Bigorexie

...der Beraterin

Frage nach Strategien, um nicht essen zu müssen/dürfen

URSACHEN

verändertes Essverhalten (S.1)
Druck von außen (S.4)
abnehmen/verändertes Essverhalten (S.5/6)
Auftrag der Mutter: Tochter soll essen (S.7/8)
Eltern werden aktiv, da sie die Essstörung allein nicht in den Griff bekommen (S.11)
Motivation der Berater (S.13)
Schwere der Erkrankung (S.14)
Kontaktaufnahme durch Freundin (S.15)
Anstreben von Perfektionismus; Versuch der Anpassung (S.17)
Essstörung bei Jungen (S.12)
Unbekannt (S.10)

KONTEXT

Essstörungen als Erkrankung (gesellschaftlich festgelegt)
Mutter bewertet Essverhalten und sieht Bedarf nach Beratung
Beraterin sieht Essstörungen als Bewältigungsstrategie, nicht nur als Krankheit
Trennung der Berufsgruppen bezüglich Handlungsrahmen/Auftrag
Vorhandensein von Anlaufstellen; Eltern sind sensibilisiert
Tod des Nachbarmädchens aufgrund einer Essstörung
es gibt verschiedene Anlaufstellen für Mädchen mit Essstörungen
Essstörungen haben Einfluss auf das soziale Umfeld
Wahrnehmung des Körpers in der Gesellschaft (Frauenbild/Männerbild)
Beratungsstelle für Mädchen/ keine für Jungen?!
Verschiedene Formen von Essstörungen (Unterschiedliches Ansehen in der Gesellschaft)

INTERVENIERENDE BEDINGUNGEN

Essstörung als Bewältigungsstrategie
Einzelgespräch mit Mädchen, ohne die Mutter
Trennung der Essstörung bezüglich positiver und negativer Aspekte
Ausblenden des Auftrags der Mutter
positives Anfangen; nicht gleich auf Defizite/Unzulänglichkeiten eingehen (erst positive Kraft herausfinden, dann Essstörung thematisieren); Forschergeist
Altersspanne bis 23/24
jüngere Mädchen fällt es schwer zu reflektieren
Niemand konnte dem Nachbarmädchen helfen, obwohl Unterstützung da war
Freundinnenbeziehungen als wichtige Ressource
Beraterin weiß, dass manche durch Beratung gesund werden können, ist sich aber auch über Grenzen der Beratung bewusst: Chronifizierung oder starke psychische Konflikte; Handlungsrahmen ist bewusst, Abgrenzung (S.23)
Freundinnen sind keine Ärzte, Therapeuten oder Eltern. Sie können aber trotzdem helfen
Unterscheidung von Gefühl und Bewertung
Jungs mit Essstörung kommen in die Beratung
Mit Übergewicht und Mgersucht/Bulimie muss man anders umgehen

PHÄNOMEN

Beratung

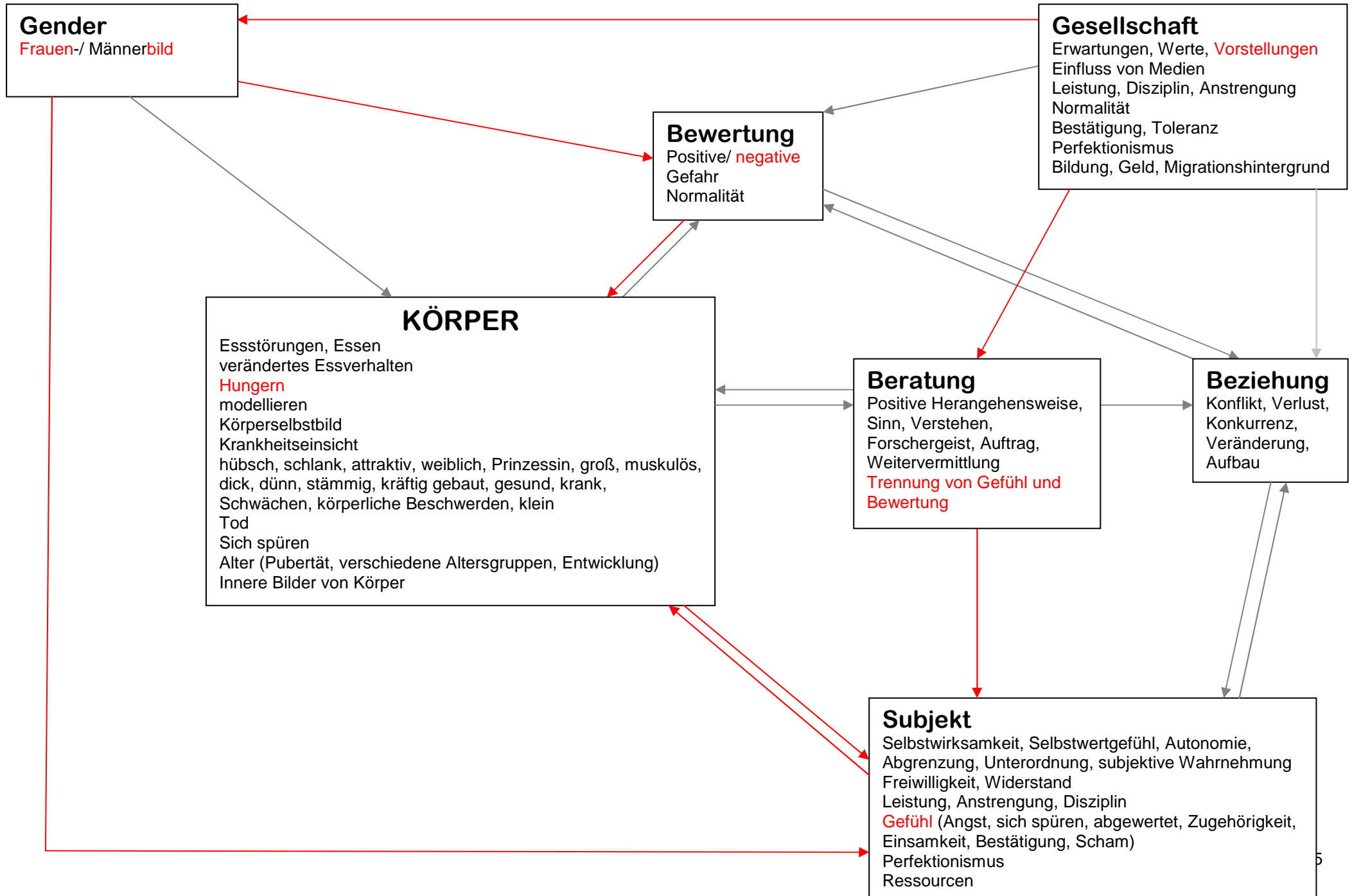
KONSEQUENZEN

Aufgabe: Essverhalten verändern
motivieren
Mädchen kommt in Beratung oder geht zum Arzt
Sinn des veränderten Essverhaltens herausfinden
Ausgangskonflikt wird bewusst
positive Kraft wird herausgefunden
Orientierung wieder finden
Beraterin bekommt Zugang zu den Mädchen
Weitervermittlung an Psychotherapeutinnen
Fortbildung; Einlesen in das Thema
Angebot einer Selbsthilfegruppe
die Beraterin versteht etwas und kann den Mädchen etwas geben
Weitervermittlung oder Versuch von Beratung/Fortsetzung von Beratung
Entlastung; längerfristiger Mailkontakt mit Freundinnen
Mädchen bekommen Körperinnenbild
Berät auch Jungen
Reproduktion von Differenz

STRATEGIEN der Beraterin

positiv Herangehensweise
welchen Sinn macht die als Störung?
Was sind die Bedürfnisse?
Beratung der Mutter
Kontaktaufbau mit den Mädchen (Frage nach Motivation, Freiwilligkeit)
Was ist die positive Absicht/das Bedürfnis?
Welche Anstrengung ist damit verbunden?
Wertschätzende vertrauensvolle Beziehung aufbauen
Einfühlen in die Mädchen und ihr Denken
altersspezifische Methoden; Beratung bis 23/24
„ich möchte es verstehen“
welche Ressourcen sind vorhanden?
Aufgaben und Grenzen einer Freundin herausarbeiten
„Vor-den-Spiegel-Stellen“, alles fühlen; gemeinsame Ausdifferenzierung → nicht Bewertungen als Gefühle stehen lassen („ich fühl mich dick“); Aufweichen;
Hinterfragung der Anpassung
Kein Unterschied in Bezug auf Beratung von Jungs und Mädchen
Trennung von Mädchen mit Übergewicht und Bulimie/Magersucht

Theoretisches Modell der Zusammenhänge der Kategorien aus dem selektiven Kodieren:



Leitfaden des ExpertInneninterviews:

Leitfrage (Erzählaufforderung)	Check (Wichtige Stichpunkte)	Konkretisierungsfragen (auch am Ende möglich)	Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen
Einstieg			
<p>Erzählen Sie uns doch bitte einmal mit was für Geschichten die Mädchen zu Ihnen kommen.</p>	<p>Beratungsthemen</p> <p>Anlass</p> <p>Kontakt</p> <p>Alter</p>	<p>Können Sie typische Beratungsthemen nennen?</p> <p>Können Sie noch (näher) auf Anlässe für das Aufsuchen der Beratung eingehen?</p> <p>Wie entsteht der Kontakt zur Beratungsstelle?</p> <p>In welchem Alter kommen die Mädchen zu Ihnen? Gibt es für Sie Besonderheiten in der Beratung in Bezug auf diese Altersspanne?</p>	<p>Das hört sich interessant an – können Sie hier noch konkreter/ ausführlicher werden?</p>
Themenkomplex I: Essstörung			
<p>Können Sie uns schildern was Ihnen in der Beratung für Mädchen mit Essstörung wichtig ist?</p>	<p>Krankheitseinsicht</p>	<p>Wie gehen die Mädchen mit ihrer Essstörung um?</p> <p>Welche Rolle spielt die Krankheitseinsicht für Sie in der Beratung?</p>	<p>Was ist ihre Meinung als Sozialpädagogin/ Beraterin zu der Klassifikation der Essstörung als Krankheit?</p> <p>Das hört sich interessant an – können Sie hier noch konkreter/</p>

	Körperwahrnehmung	Mädchen mit Essstörungen haben oft eine verfälschte Körperwahrnehmung . Wie gehen Sie damit in der Beratung um?	ausführlicher werden? Wie haben Sie darauf reagiert? Wie gehen Sie mit so einem Fall um?
Themenkomplex II: Andere Differenzlinien			
Welche anderen Themen außer den Essstörungen nehmen Sie in der Beratung noch wahr?	Soziale Differenzlinien Migrationshintergrund Sozialer Status Bildung Kulturelle Unterschiede Behinderung Religion Stadtteile Jugendkulturen (Pro-Ana) Sexuelle Orientierung	Können Sie sich an einen bestimmten Fall erinnern, bei dem zusätzliche Themen die Essstörung beeinflusst haben? Fällt Ihnen ein Fall ein in dem es ganz anders war? Es wird häufig gesagt, dass best. Formen der Essstörung eher typisch für Mädchen und andere typisch für Jungs sind. Wie erleben Sie das in Ihrer Beratung? Welche unterschiedlichen Voraussetzungen bezogen auf Lebenslagen müssen Ihrer Ansicht nach im Umgang mit Essstörung berücksichtigt werden?	Das hört sich interessant an – können Sie hier noch konkreter/ausführlicher werden? Würden Sie die (Beratungs-)situation noch genauer beschreiben? Wie genau lief das ab?

Abschlussfrage			
<p>Was hat Sie persönlich motiviert Beraterin hier in der Einrichtung zu werden?</p>	<p>Persönlicher Hintergrund/ Ziele</p> <p>Reflexion</p> <p>Wichtige Punkte für Umgang mit Zielgruppe</p>		<p>Das hört sich interessant an – können Sie hier noch konkreter/ ausführlicher werden?</p>
Ergänzungsfragen/ Abschied			
<p>Liegt Ihnen noch etwas besonders am Herzen, das wir bisher noch nicht angesprochen haben?</p> <p>Jetzt müssen wir mal nachschauen ob wir nicht noch etwas vergessen haben.</p>	<p>Fragebogen</p>		

Kurzfragebogen nach dem ExpertInneninterview:



Kurzfragebogen:

Alter	
Herkunft (Nationalität, Migrationshintergrund)	
Religion	
Berufsabschluss und Zusatzqualifikation	
Dauer der derzeitigen beruflichen Ausübung	