

Risikofaktoren für Essstörungen unter besonderer Berücksichtigung medialer Einflussfaktoren

**Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der
Fakultät für
Psychologie, Pädagogik und Sportwissenschaft
der Universität Regensburg**



**vorgelegt von
Dipl.-Psych. Katrin Kiehl
aus Amberg**

Regensburg 2010

Erstgutachter: Prof. Dr. H. Lukesch

Zweitgutachter: Prof. Dr. J. Zulley

DANKSAGUNG

An dem Zustandekommen der vorliegenden Arbeit war eine Reihe von Personen beteiligt. Auch wenn ich an dieser Stelle nicht alle persönlich nennen kann, so gilt doch allen mein herzlicher Dank.

Vor allem möchte ich mich bei den Versuchsteilnehmerinnen bedanken. Ohne ihre rege Teilnahme wäre diese Doktorarbeit nicht möglich gewesen.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. H. Lukesch, der die vorliegende Arbeit betreute. Für seinen fachlichen Rat sowie seine engagierte organisatorische und persönliche Unterstützung bedanke ich mich herzlich.

Herrn Prof. Dr. J. Zulley danke ich herzlich für seine Bereitschaft, sich als Zweitgutachter zur Verfügung zu stellen.

Diese Arbeit widme ich meiner Familie und allen meinen Freunden und Freundinnen. Es ist unschätzbar, was sie für mich in der Phase meiner Promotion für mich getan haben. Danke!

Amberg, im September 2010

Katrin Kiehl

INHALTSVERZEICHNIS

1	<i>Einleitung</i>	- 8 -
2	<i>Theoretische Grundlagen und empirische Befunde</i>	- 12 -
2.1	Beschreibung der Störungsbilder Essstörungen	- 12 -
2.1.1	Anorexia Nervosa	- 15 -
2.1.1.1	Klinisches Erscheinungsbild und diagnostische Kriterien.....	- 15 -
2.1.1.2	Epidemiologie und Verlauf	- 20 -
2.1.2	Bulimia Nervosa	- 21 -
2.1.2.1	Klinisches Erscheinungsbild und diagnostische Kriterien.....	- 21 -
2.1.2.2	Epidemiologie und Verlauf	- 24 -
2.1.3	Binge-Eating-Störung	- 25 -
2.1.3.1	Klinisches Erscheinungsbild und diagnostische Kriterien.....	- 25 -
2.1.3.2	Epidemiologie und Verlauf	- 26 -
2.1.4	Subklinische/Partielle Essstörungen	- 27 -
2.2	Prävention von Essstörungen	- 29 -
2.2.1	Allgemeine Aspekte der Prävention.....	- 30 -
2.2.2	Forschungsstand zur Prävention von Essstörungen	- 33 -
2.3	Erklärungsmodelle zur Ätiologie und Aufrechterhaltung	- 36 -
2.3.1	Integrative Modelle von Essstörungen.....	- 36 -
2.3.2	Schutzfaktoren für die Entstehung von Essstörungen.....	- 38 -
2.3.2.1	Schutzfaktoren – allgemeine Aspekte	- 38 -
2.3.2.2	Spezifische Schutzfaktoren für Essstörungen.....	- 42 -
2.3.3	Risikofaktoren für die Entstehung von Essstörungen	- 42 -
2.3.3.1	Allgemeine Aspekte	- 42 -
2.3.3.2	Die Risikofaktorentypologie von Kraemer und Kollegen und ihre Anwendung auf Essstörungen durch die Arbeitsgruppe um Jacobi.....	- 44 -
2.3.3.3	Soziokulturelle und soziale Faktoren.....	- 50 -
3	<i>Ausgewählte Risikofaktoren für Essstörungen: Untersuchungen an einer Stichprobe deutscher junger Frauen</i>	- 58 -
3.1	Studie 1 - Fragebogenerhebung: Zusammenhänge zwischen Risikofaktoren für Essstörungen und allgemeinen sowie essstörungsspezifischen psychopathologischen Auffälligkeiten	- 58 -
3.1.1	Einleitung und Untersuchungsvariablen	- 58 -
3.1.2	Fragestellungen und Forschungshypothesen.....	- 59 -

3.1.3	Methodik.....	- 59 -
3.1.3.1	Untersuchungsdesign.....	- 59 -
3.1.3.2	Beschreibung und Begründung der verwendeten Erhebungsinstrumente	- 61 -
3.1.3.3	Stichprobenbeschreibung	- 72 -
3.1.3.4	Auswertungsstrategien	- 75 -
3.1.4	Ergebnisse	- 76 -
3.1.4.1	Hypothese 1	- 78 -
3.1.4.2	Hypothese 2.....	- 81 -
3.1.4.3	Hypothese 3.....	- 81 -
3.1.4.4	Hypothese 4 a	- 83 -
3.1.4.5	Hypothese 4 b.....	- 84 -
3.1.4.6	Hypothese 4 c	- 86 -
3.1.4.7	Hypothese 5.....	- 89 -
3.1.5	Diskussion.....	- 90 -
3.1.5.1	Die Verwendung der WCS zur Einteilung von Hochrisiko- und Niedrigrisikogruppe.....	- 90 -
3.1.5.2	Risikostatus für Essstörungen und Selbstwertgefühl.....	- 91 -
3.1.5.3	Risikostatus für Essstörungen und Körperunzufriedenheit.....	- 93 -
3.1.5.4	Risikostatus für Essstörungen und gezügeltes Essen, essensbezogene Sorgen sowie Sorgen um das eigene Gewicht und die Figur.....	- 93 -
3.1.5.5	Risikostatus für Essstörungen und Depressivität, weitere allgemeine und essstörungsspezifische psychopathologische Auffälligkeiten sowie Internalisierung des Schlankheitsideals	- 95 -
3.1.5.6	Risikostatus für Essstörungen und BMI	- 97 -
3.1.5.7	Methodische Stärken und Einschränkungen.....	- 97 -
3.1.5.8	Ausblick und Empfehlungen	- 99 -
3.2	Studie 2 - Computerexperiment:	
	Zusammenhang zwischen einem hohen Risiko für Essstörungen und der Beeinflussbarkeit durch das medial präsentierte Schlankheitsideal.....	- 100 -
3.2.1	Einleitung und Untersuchungsvariablen	- 100 -
3.2.2	Fragestellungen und Forschungshypothesen.....	- 102 -
3.2.3	Methodik.....	- 104 -
3.2.3.1	Untersuchungsdesign.....	- 104 -
3.2.3.2	Beschreibung und Begründung der verwendeten Erhebungsinstrumente	- 105 -
3.2.3.3	Stichprobenbeschreibung	- 114 -
3.2.3.4	Auswertungsstrategien	- 116 -
3.2.4	Ergebnisse	- 117 -
3.2.4.1	Hypothesen 1a und 1 b	- 118 -
3.2.4.2	Hypothesen 2a und 2 b	- 128 -
3.2.4.3	Hypothesen 3a und 3 b	- 131 -

3.2.4.4	Hypothese 4	- 137 -
3.2.4.5	Hypothese 5	- 137 -
3.2.5	Diskussion	- 138 -
3.2.5.1	Risikostatus für Essstörungen und Beeinflussbarkeit der Gefühle durch mediale Exposition	- 139 -
3.2.5.2	Risikostatus für Essstörungen und Beeinflussbarkeit des Selbstwertgefühls durch mediale Exposition	- 140 -
3.2.5.3	Risikostatus für Essstörungen und Beeinflussbarkeit der Zufriedenheit mit dem äußeren Erscheinungsbild, mit dem Gewicht sowie mit dem Körper durch mediale Exposition	- 141 -
3.2.5.4	Risikostatus für Essstörungen und Internalisierung des Schlankheitsideals	- 143 -
3.2.5.5	Risikostatus für Essstörungen und Medienkonsum	- 144 -
3.2.5.6	Methodische Stärken und Einschränkungen	- 145 -
3.2.5.7	Ausblick und Empfehlungen	- 146 -
3.3	Studie 3 – Qualitatives Interview:	
	Untersuchung der subjektiven Sicht junger Frauen hinsichtlich diverser essstörungsspezifischer Konstrukte	- 147 -
3.3.1	Einleitung und Untersuchungsvariablen	- 147 -
3.3.2	Fragestellungen und Hypothesen	- 148 -
3.3.3	Methodik	- 150 -
3.3.3.1	Untersuchungsdesign	- 150 -
3.3.3.2	Beschreibung und Begründung der verwendeten Erhebungsinstrumente	- 151 -
3.3.3.3	Stichprobenbeschreibung	- 152 -
3.3.3.4	Auswertungsstrategien	- 154 -
3.3.4	Ergebnisse	- 158 -
3.3.4.1	Subjektive Erfahrungen und Wissen/Einstellungen bezüglich Körperunzufriedenheit von HR- und NR-Frauen	- 159 -
3.3.4.2	Subjektive Erfahrungen und Wissen/Einstellungen bezüglich Diäten von HR- und NR-Frauen	- 161 -
3.3.4.3	Subjektive Erfahrungen und Wissen/Einstellungen bezüglich Models von HR- und NR-Frauen	- 164 -
3.3.4.4	Subjektive Gründe für den Konsum von Modemagazinen und Modereportagen von HR- und NR-Frauen	- 166 -
3.3.4.5	Subjektive Erfahrungen mit Hänseleien durch Peers von HR- und NR-Frauen	- 166 -
3.3.4.6	Subjektive Erfahrungen mit Kommentaren seitens des Partners von HR- und NR-Frauen	- 167 -
3.3.4.7	Subjektive Erfahrungen mit Kommentaren seitens der Eltern von HR- und NR-Frauen	- 169 -

3.3.4.8	Häufigkeit von Diäten bei HR- und NR-Frauen und deren Bezugspersonen sowie Häufigkeit erlebter negativer Kommentare von Peers, Partnern und Eltern	- 169 -
3.3.5	Diskussion.....	- 171 -
3.3.5.1	Inhaltliche Diskussion der Fragestellungen.....	- 171 -
3.3.5.2	Methodische Stärken und Einschränkungen der Studie.....	- 174 -
4	<i>Abschließende Diskussion – Studien 1 bis 3.....</i>	- 178 -
5	<i>Zusammenfassung.....</i>	- 181 -
6	<i>Literaturverzeichnis</i>	- 183 -
7	<i>Anhang.....</i>	- 209 -

1 Einleitung

Störungen oder Auffälligkeiten des Essverhaltens können bei jungen Frauen relativ oft beobachtet werden (Jacobi, Paul & Thiel, 2004). Häufiges Diätverhalten und andere mehr oder weniger ungesunde Methoden zur Regulation des eigenen Körpergewichts sowie eine erhöhte Besorgnis um die eigene Figur und das eigene Gewicht sind bei weiblichen Adoleszenten und jungen Frauen bis 30 Jahre weit verbreitet (Harris & Cummella, 2006; Jacobi et al., 2005; Rosen & Gross, 1987).

Obwohl aus medizinischer Sicht nur 16 % aller Frauen übergewichtig sind, würden 90 % gerne abnehmen, 75 % beginnen im Laufe ihres Lebens eine Diät, 95 % dieser Diäten sind zum Scheitern verurteilt (Albrecht, 2007).

Im Vergleich dazu sind vollständige Syndrome von Essstörungen, wie sie mit den gängigen Diagnosesystemen, der *Internationalen Klassifikation psychischer Störungen* (ICD-10) (WHO, 1992/2008) und dem *Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen* (DSM-IV-TR) (APA, 2000/2003), erfasst werden, selten. Auf die zahlreichen methodischen Probleme, welche mit Untersuchungen zur Prävalenz und Inzidenz von Essstörungen verbunden sind, soll an dieser Stelle nur hingewiesen werden (für nähere Informationen siehe Hoek [2006] und Jacobi, Paul und Thiel [2004]). Werden strenge diagnostische Kriterien zu Grunde gelegt, finden sich in der Gruppe junger Frauen durchschnittliche Prävalenzraten für Anorexia Nervosa (AN) und Bulimia Nervosa (BN) von 0.3 respektive 1 % (Hoek, 2006), wobei bei der AN mehr als 90 % und bei der BN ca. 85 % der betroffenen Personen weiblich sind (Tuschen-Caffier, Pook & Hilbert, 2005, Kap. 1).

Nach Fettsucht und Asthma handelt es sich bei der AN um die dritthäufigste chronische Erkrankung bei Mädchen und jungen Frauen zwischen 10 und 19 Jahren (Kohn & Golden, 2001). In der Allgemeinbevölkerung leiden nach Tuschen-Caffier et al. (2005, Kap. 1) schätzungsweise 0.7 bis 4.6 % der Bevölkerung an einer Binge-Eating-Störung (BES). Bei strenger Anwendung der DSM-IV-TR Kriterien ist von einer Prävalenz von mindestens 1 % für das Vorliegen einer BES auszugehen (Hoek & Hoeken, 2003).

Allerdings erfüllen weitaus mehr junge Frauen die Kriterien einer partiellen Essstörung (*nicht näher bezeichnete Essstörung* nach DSM-IV-TR, *atypische Anorexia und Bulimia Nervosa* und *nicht näher bezeichnete Essstörung* nach ICD-10). Diese Frauen weisen zwar nicht das klinische Vollbild einer AN oder BN auf, so dass ihr gestörtes

Essverhalten nicht das Ausmaß für eine Diagnosestellung erreicht, sie sind jedoch nicht minder belastet und behandlungsbedürftig (Brunner & Resch, 2006).

Der durchschnittliche Erkrankungsbeginn der BN liegt bei ca. 22 Jahren und somit später als derjenige der AN (17 Jahre). Auch die BES beginnt im Durchschnitt später als die AN (Tuschen-Caffier et al., 2005, Kap.1). Insgesamt erkrankt der größte Anteil der Personen mit Essstörungen vor dem 25. Lebensjahr (Woodside & Garfinkel, 1992).

Besonders alarmierend ist, dass epidemiologische Studien einen Anstieg von Essstörungen bei Jugendlichen sowie eine Verschiebung des Erkrankungsalters auf jüngere Altersgruppen feststellen (Brunner & Resch, 2006). Nicht zuletzt aufgrund der bereits weiter oben erwähnten methodischen Probleme ist zum jetzigen Zeitpunkt jedoch noch nicht abschließend geklärt, ob es in den letzten Jahrzehnten tatsächlich zu einer realen Zunahme von Essstörungen gekommen ist. Die gefundenen erhöhten Inzidenzraten könnten auch auf eine Verbesserung diagnostischer Inventare und/oder auf eine stärkere Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten durch Betroffene, und damit einhergehend auf eine höhere Entdeckungsrate, zurückzuführen sein (Fairburn & Harrison, 2003; Hoek, 2006).

Nichtsdestoweniger müssen Essstörungen als ernsthaftes Gesundheitsproblem betrachtet werden, da sie nicht selten einen chronischen Verlauf und erhöhte Mortalitätsraten aufweisen sowie mit zahlreichen körperlichen, psychischen und sozialen Komorbiditäten und Folgeproblemen einhergehen (J. G. Johnson, Cohen, Kasen & Brook, 2002; J. E. Mitchell & Crow, 2006; Woodside & Staab, 2006). Die finanziellen Aufwendungen des Gesundheitssystems für Behandlungs- und Therapiekosten und der volkswirtschaftliche Schaden infolge krankheitsbedingter Arbeitsausfälle sind als enorm einzuschätzen (Krauth, Buser & Vogel, 2002; Simon, Schmidt & Pilling, 2005; Striegel-Moore, Leslie, Petrill, Garvin & Rosenheck, 2000).

Nicht zuletzt aus diesem Grund wurden in den letzten Jahren zunächst v. a. in den USA Präventionsprogramme für Essstörungen entwickelt und evaluiert. Auch international wird derzeit vermehrt Forschung im Bereich der Prävention von Essstörungen gefordert (Geissner, 2005; Steiner-Adair et al., 2002). In Deutschland ist im Bereich von Essstörungen bislang v. a. die Therapieforschung etabliert, wohingegen Präventionsmodelle und Präventionsforschung bislang eher weniger verbreitet sind (Dannigkeit, Köster & Tuschen-Caffier, 2005). Ermutigende Studien und Programmentwicklungen finden sich jedoch auch im deutschen Sprachraum (Dannigkeit et al., 2005; Jacobi et al., 2005; Köster, Dannigkeit & Tuschen-Caffier, 2005). Es bleibt zu hoffen, dass zukünftig

noch mehr wirksame primär- und sekundärpräventive Maßnahmen konzipiert und evaluiert werden, welche darauf abzielen, den Einfluss spezifischer Risikofaktoren für Essstörungen zu verringern bzw. protektive Faktoren zu stärken.

Hierfür ist eine genaue Kenntnis und Erforschung der Risiko- und Schutzfaktoren eine unabdingbare Voraussetzung. Trotz zahlreicher Studien sind die genauen Ursachen für die Entwicklung einer Essstörung aber bislang noch nicht eindeutig aufgeklärt. Die vorliegenden Studien sind in dem Bereich der Risikofaktorenforschung bei Essstörungen angesiedelt und sollen hierzu einen Beitrag leisten, denn:

Although it is known that social, psychological, and biological factors play a part in eating disorders, *not enough is known about risk factors* [Hervorhebung v. Verf.] to develop effective preventive measures. Despite this, a few prevention studies have been attempted. [...]. But such studies lack a sound theoretical basis or strong study design. (The Lancet, Editorial, 2007, S. 1142)

Die vorliegende Arbeit ist folgendermaßen gegliedert: In dem dieser Einleitung folgenden, allgemeinen theoretischen Teil (Kapitel 2) werden zunächst die verschiedenen Essstörungen beschrieben. Die historische und aktuelle Entwicklung der Störungskonzepte, die klinischen Erscheinungsbilder und diagnostischen Kriterien sowie Epidemiologie und Verlauf der Störungen werden detailliert dargestellt (Kapitel 2.1).

Das folgende Kapitel 2.2 gibt einen Überblick über die Prävention von Essstörungen. Nach der Erläuterung allgemeiner Aspekte zum Thema Prävention (historische und politische Rahmenbedingungen, Definitionen) wird der aktuelle Forschungsstand zur Prävention von Essstörungen skizziert.

Es folgt Kapitel 2.3, in welchem Erklärungsmodelle zur Ätiologie und Aufrechterhaltung, integrative Modelle sowie Schutz- und Risikofaktoren für die Entstehung von Essstörungen dezidiert erläutert werden.

Fußend auf dem theoretischen Hintergrund des Kapitels 2 wird im empirischen Teil die Frage nach Risikofaktoren für Essstörungen bei einer Stichprobe deutscher junger Frauen unter besonderer Berücksichtigung medialer Einflüsse bearbeitet (Kapitel 3).

Studie 1 untersucht in einer Fragebogenerhebung den Zusammenhang zwischen verschiedenen, empirisch bestätigten Risikofaktoren und retrospektiven Korrelaten für Essstörungen sowie deren Zusammenhang mit allgemeinen und essstörungsspezifischen psychopathologischen Auffälligkeiten. Eine Hochrisiko- und eine Niedrigrisikogruppe für Essstörungen werden hinsichtlich dieser Variablen verglichen (Kapitel 3.1). In Studie 2 wird in einem quasi-experimentellen Design mittels eines Computerexperiments überprüft, inwieweit das Vorliegen eines hohen Risikos für Essstörungen mit der Beein-

flussbarkeit junger Frauen durch Medien und dem durch diese transportierten Schlankheitsideal in Verbindung gebracht werden kann (Kapitel 3.2). Der empirische Teil schließt mit einer qualitativen Interviewstudie, in der Hochrisiko- und Niedrigrisikofrauen für Essstörungen über diverse Risikofaktoren befragt werden (Kapitel 3.3).

Die Darstellung der Studien orientiert sich an der für empirische Studien üblichen Darstellungsweise und umfasst eine Einleitung (die für die jeweilige Studie relevanten theoretischen und empirischen Befunde werden dargestellt), die untersuchten Fragestellungen und Hypothesen, Methoden, Ergebnisse und eine Diskussion.

In Kapitel 4 erfolgt eine abschließende Diskussion, in welcher die empirischen Ergebnisse in zusammengefasster Form integriert und weitere Forschungsperspektiven dargestellt werden.

Da an Essstörungen deutlich mehr Frauen als Männer erkranken, wird in der vorliegenden Arbeit die weibliche Form verwendet. Sollen Aspekte erörtert werden, die speziell Männer oder beiderlei Geschlecht gleichermaßen betreffen, wird die männliche Form benutzt.

2 Theoretische Grundlagen und empirische Befunde

2.1 Beschreibung der Störungsbilder Essstörungen

Unter dem Begriff „Essstörungen“ werden im Wesentlichen drei psychische Krankheitsbilder subsumiert: *Anorexia Nervosa/AN* (Anorexie, Magersucht), *Bulimia Nervosa/BN* (Bulimie, Ess-Brech-Sucht) und *Binge-Eating-Störung/BES* (Ess-Sucht). Diese drei Formen können im Krankheitsverlauf in unterschiedlicher Häufigkeit ineinander übergehen.

Die AN (griechisch: Anorexis = fehlender Appetit, Mangel an Begierde; Nervosa = psychische Ursachen) wurde erstmals 1873 als eigenständiges Krankheitsbild (*Anorexia hysterica*) von dem französischen Nervenarzt Ernest-Charles Lasègue und dem englischen Mediziner William Withey Gull wissenschaftlich beschrieben und in der Fachwelt als eigenständige medizinische Entität anerkannt (Möller, Laux & Deister, 2001, Kap. 4.10). Schon früher war von anderen Autoren ein ähnliches Syndrom geschildert worden (z. B. 1689 von Richard Morton: *Atrophia Nervosa*), jedoch fanden deren Veröffentlichungen keinen breiten Anklang. Erst durch die Arbeiten von Lasègue und Gull wurde sowohl in der Fachwelt als auch in der Öffentlichkeit nach und nach ein außerordentliches Interesse für das „neue“ Krankheitsbild geweckt (Diezemann, 2005; Vandereycken, Deth & Meermann, 1992, Kap. 7-9).

1972 wurden erstmals diagnostische Kriterien formuliert (Feighner et al., 1972), die sich seither inhaltlich nur geringfügig verändert haben. Allerdings haben sich die diagnostischen Kriterien in Richtung einer Schwellenerniedrigung verschoben (A. Franke, 2003, Einleitung). So wird beispielsweise in den modernen Klassifikationssystemen ein Gewichtsverlust von 15 % unter dem erwarteten Gewicht (Bereich des unteren Normalgewichts als Referenzgewicht) bzw. ein Body Mass Index/BMI (Quotient aus Körpergewicht in Kilogramm und quadrierter Körpergröße in Meter) ≤ 17.5 als diagnostisches Kriterium gefordert. Feighner et al. (1972) hingegen erachteten noch 25 % Gewichtsverlust gegenüber dem Ausgangsgewicht und ein Vergnügen an der Gewichtsabnahme („apparent enjoyment in losing weight ...“, S. 61) – im Gegensatz zu dem leichter erfüllbaren Kriterium der Angst vor einer Gewichtszunahme in den aktuellen Diagnosesystemen – als erforderlich.

Die BN (griechisch: *bous* = Ochse/Stier, *limos* = Hunger/Heißhunger; *Bulim* = Ochsenhunger; *Nervosa* = psychische Ursachen) wurde als eigenständige Erkrankung in ihrer heutigen Form erst Ende der 70er-Jahre erstmals von dem englischen Psychiater Gerald Russell anhand detaillierter klinischer Beobachtungen als „ominous variant of anorexia nervosa“ beschrieben (Russell, 1979) und schließlich 1980 in die zu diesem Zeitpunkt geltende und von der American Psychiatric Association (APA) herausgegebene dritte Version des DSM aufgenommen. Davor wurden in der medizinischen und psychologischen Fachliteratur im Wesentlichen heterogene Syndrome des Überessens unter die Bezeichnung Bulimie subsumiert, aber nicht diejenigen Symptome, die wir heute der Diagnose Bulimie zurechnen (Cuntz & Hillert, 2003, Kap. 6).

The constancy and significance of overeating invite a new terminology for the description of this symptom – bulimia nervosa – even though it would be premature to think of the disorder described in this article as constituting a distinct syndrome. It will be seen still to be related to anorexia nervosa. (Russell, 1979, S. 429)

Bereits von griechischen Autoren waren Fälle des als unwiderstehlich erlebten Heißhunger und des unersättlichen Hungers als unspezifische Krankheitssymptome beschrieben worden. Ebenso traten bulimische Heißhungeranfälle im 19. Jahrhundert als Symptome einer Vielzahl körperlicher Erkrankungen wie z. B. einer Epilepsie oder einer Gehirnerschütterung auf. Erst gegen Ende des 19. Jahrhunderts gerieten zunehmend psychische Ursachen der Bulimie in den Blickpunkt. Vor 1932 sind in der Bulimie-Literatur jedoch Berichte über provoziertes Erbrechen und über Maßnahmen seitens der Patientinnen zur Gewichtskontrolle nicht eindeutig zu identifizieren. 1932 veröffentlichte Wulff die erste Falldarstellung, die aktuellen diagnostischen Kriterien genügt. 1957 wurde von Hilde Bruch eine Bulimikerin mit Normalgewicht beschrieben, die Erbrechen provozierte (Habermas, 1990, Kap. 3; Herpertz, 2000b).

Trotz unterschiedlicher Symptomatik gibt es Kombinationen und Übergänge zwischen der AN und der BN, wobei eine AN häufiger in eine bulimische Symptomatik übergeht als umgekehrt. „In fact, there are far more similarities than there are differences in the clinical features these patients exhibit“ (Beumont, 1995, S. 151). Beide Essstörungsformen betreffen in der Mehrzahl Frauen. Nur ca. 10 % der erkrankten Personen sind Männer (Andersen, 1995; Tuschen-Caffier et al., 2005, Kap. 1).

Bei der BES handelt es sich um eine neue Diagnosekategorie, weshalb insgesamt deutlich weniger Studien als bei der AN und der BN vorliegen und im Vergleich zur AN und BN noch relativ wenig über die Störung bekannt ist (Fairburn & Harrison, 2003). Anfang der 90er-Jahre wurde in US-amerikanischen multizentrischen Feldstu-

dien, die ca. 2000 Patienten und Patientinnen in Gewichtsreduktions- und Essstörungs-therapieprogrammen befragten, die der BES zuzurechnende Essstörungsproblematik empirisch beschrieben und als BES bezeichnet (Hilbert, 2000).

Erstmals wurde die BES dann 1994 in der aktuell gültigen vierten Version des DSM der APA als neue diagnostische Kategorie vorgeschlagen und vorläufige Forschungskriterien formuliert (APA, 2000/2003). In der derzeit verwendeten Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird die BES in die Kategorie *Nicht näher bezeichnete Essstörung* (F50.9) eingeordnet, einzelne Kriterien werden dort nicht aufgeführt (WHO, 1992/2008).

Die einzelnen Kriterien, die für die Diagnose einer der oben genannten Essstörungen Voraussetzung sind, werden wie bereits erwähnt in zwei international gebräuchlichen Klassifikationssystemen beschrieben: In der ICD, dem Klassifikationsschema der WHO, welches aktuell in der 10. Fassung (ICD-10) verwendet wird (WHO, 1992/2008), und in dem von der APA erarbeiteten DSM, mittlerweile in der vierten Version (DSM-IV-TR) gebräuchlich (APA, 2000/2003).

In beiden Diagnosesystemen sind die verschiedenen Essstörungen bis auf einige wenige Unterschiede in vergleichbarer Weise definiert (Übergewicht bzw. Adipositas wird nach DSM-IV-TR und ICD-10 nicht als psychische Störung klassifiziert, sondern gilt als körperliche Erkrankung). Jedoch „... research is needed to reconsider the entire DSM-IV eating disorder typology to address conceptual inconsistencies and the clinical reality that the boundaries among the eating disorders are not as distinct as the typology might lead us to believe” (Smolak & Striegel-Moore, 2004, S. 740).

Um in der nächsten aktualisierten Auflage des DSM (DSM-V) validere Essstörungsdiagnosen zu erhalten, empfehlen Wilfley, Bishoph, Wilson und Agras (2007) nach Sichtung empirischer Belege, die kategoriale Klassifikation der verschiedenen Essstörungen beizubehalten, jedes diagnostische Kriterium aber durch eine dimensionale Komponente zu ergänzen. Darüber hinaus sollte das Kriterium Amenorrhoe für die Diagnose einer AN, die Subtypen sowohl bei der AN als auch bei der BN Diagnose fallengelassen sowie die BES als eigenständige Essstörungskategorie eingeführt werden. Schließlich sollten die Häufigkeits- und Zeitkriterien für die BN und die BES vereinheitlicht werden (ein Essanfall pro Woche über 3 Monate hinweg).

2.1.1 Anorexia Nervosa

2.1.1.1 Klinisches Erscheinungsbild und diagnostische Kriterien

Bei der Anorexie handelt es sich um eine psychosomatische Störung, deren Hauptkennzeichen „die unbarmherzige Jagd nach Schlanksein durch Selbstaushungerung sogar bis zum Tod“ (Bruch, 1991, S. 15) darstellt. Die Patientin weigert sich, ein Minimum des normalen Körpergewichts zu halten. Der angestrebte Gewichtsverlust wird durch strenges Fasten, Diäten, übermäßige körperliche Betätigung, selbstinduziertes Erbrechen und/oder die übermäßige Einnahme von Appetitzüglern, Laxanzien oder Diuretika erreicht. Ein Teil der Patientinnen nimmt sehr zügig ab (innerhalb weniger Monate bis zu 25 % des Ausgangsgewichts), während andere Patientinnen langsam und kontinuierlich an Gewicht verlieren.

Der durch die griechische Bezeichnung suggerierte Appetitmangel stellt dabei kein eigentliches Symptom der Erkrankung dar, da die betroffenen Patientinnen i. d. R. sehr wohl Appetit verspüren. Aus der großen Angst vor einer Gewichtszunahme heraus wird der Appetit jedoch mehr oder weniger bewusst unterdrückt bzw. die Patientin trainiert sich darin, Hungergefühle als angenehm und wünschenswert zu betrachten (Bruch, 1980, Kap. 1; Herpertz-Dahlmann, 2000; Möller et al., 2001, Kap. 4.10).

Nicht eine Veränderung des Appetits, sondern insbesondere die Veränderung des Körpergefühls und der Wahrnehmung der eigenen Figur (Körperschemastörung: Die Patientin beschreibt sich trotz ihres deutlich abgemagerten Zustandes als normalgewichtig oder als zu dick), ein auffälliges Essverhalten sowie eine gestörte Einstellung zum Gewicht stehen bei anorektischen Patientinnen im Vordergrund. Zahlreiche weitere psychopathologische Auffälligkeiten sind mit der Erkrankung AN verbunden. So finden sich u. a. zwanghaft anmutende Rituale (Sammeln von Rezepten, Horten großer Nahrungsmengen), Überaktivität, Vorbehalte, in der Öffentlichkeit zu essen, sehr langsames Essen geringster Mengen, exzessives Zerkleinern von Speisen, äußerst restriktive Nahrungsmittelauswahl, Kochen für nahe Bezugspersonen, ohne dass selbst mitgegessen wird, intensives Studium von Kochbüchern, rigides Denken sowie ein reduziertes emotionales Ausdrucksverhalten. Eine ausgeprägte Verleugnung des mitunter lebensbedrohlichen körperlichen Zustandes ist typisch, an einer therapeutischen Behandlung besteht folglich häufig nur wenig Interesse (Beumont, 1995; Herpertz-Dahlmann, 2000; Möller et al., 2001, Kap. 4.10; Shafran & Fairburn, 2002).

Neben vielen psychopathologischen Ähnlichkeiten zwischen an Essstörungen erkrankten Männern und Frauen finden sich auch einige psychopathologische und ätiologische Unterschiede: So sind bulimische Männer beispielsweise eher übergewichtig, streben weniger einen schlanken als einen gut durchtrainierten Körper an, berichten gehäuft von emotionalen oder tatsächlichen Trennungserfahrungen mit ihren Vätern, weisen Unsicherheiten hinsichtlich der eigenen sexuellen Identität auf, erbrechen seltener selbst induziert, treiben dafür aber exzessiv Sport. In bestimmten Risikogruppen (z. B. Models, Balletttänzer, Wrestler, Hochleistungssportler, Schauspieler) werden sowohl bei Frauen als auch bei Männern gegenüber der Allgemeinbevölkerung deutlich erhöhte Prävalenzraten berichtet. Allerdings ist noch nicht abschließend geklärt, ob nicht von vornherein für Essstörungen vulnerable Personen bereitwilliger von solchen Berufen angezogen werden (Andersen, 1995; Braun, Sunday, Huang & Halmi, 1999; Harris & Cumella, 2006).

In jüngster Zeit wird von Ärzten und Psychologen bei jungen Männern gehäuft ein Syndrom beobachtet, welches als eine Art umgekehrte Magersucht aufgefasst werden kann. Bei der so genannten *Biggerexie* oder *Muskeldysmorphie*, erstmals beschrieben Anfang der 90er-Jahre (Pope, Katz & Hudson, 1993), formen junge Männer mit exzessivem Sport, Nahrungsergänzungs- oder gar Dopingmitteln ihren Körper möglichst muskulös, um dem in der westlichen Gesellschaft seit den 70er-Jahren transportierten männlichen Schönheitsideal des durchtrainierten, muskulösen und starken Mannes zu entsprechen. Man denke in diesem Zusammenhang beispielsweise an die männlichen Models der Zeitschrift Playgirl, die Chippendales, Filme wie Rambo oder Actionspielfiguren für Jungen. Dabei weisen die betroffenen Männer eine Körperschemastörung auf. Sie schätzen sich selbst – trotz vorhandener Muskeln – als unansehnlich und schwächig ein, tragen oft mehrere Lagen von Kleidung, um muskulöser zu wirken. Situationen, bei denen andere Personen ihren Körper sehen könnten (z. B. Freibad), werden gemieden. Der Muskelwahn geht mitunter so weit, dass berufliche und soziale Kontakte einem strengen Trainingsplan untergeordnet werden (Agliata & Tantleff-Dunn, 2004; BZgA, 2008; Mosley, 2009). Zunehmend häufiger finden sich Studien, die den Einfluss soziokultureller Faktoren, insbesondere des in den Medien dargestellten männlichen Idealkörpers (durchtrainiert, sportlich, stark, muskulös), auf Körper selbst-

bildstörungen,¹ gestörte Essverhaltensweisen und Fitnesswahn bei Männern untersuchen (z. B. Duggan & McCreary, 2004).

Die AN führt aufgrund der permanenten Mangelernährung zu gravierenden körperlichen Komplikationen und Folgeschäden auf allgemeinmedizinischem (z. B. Kachexie, Hypothermie, Bradypnoe) und internistischem (z. B. Herztrophie mit Bradykardie und Hypotonie, Nierenschäden, immunologische Dysfunktionen) Gebiet. Weiterhin kommt es zu dermatologischen Folgebeschwerden wie z. B. Lanugobehaarung, trockener Haut, brüchigen Finger- und Zehennägeln, zu zahnärztlichen Komplikationen (Erosionen des Zahnschmelzes bei häufigem Erbrechen), zu gynäkologischen und endokrinologischen Symptomen (Amenorrhoe, erhöhter Adrenalin-, Wachstums-, und Cortisolspiegel, gestörter Schilddrüsenhormonmetabolismus) sowie körperlichen Beschwerden im Hals-Nasen-Ohren-Bereich (u. a. Ohrspeicheldrüsenschwellung bedingt durch häufiges Erbrechen) (Albrecht, 2007; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V., 2004, Kap. 2.1.3; J. E. Mitchell & Crow, 2006).

Das Untergewicht führt darüber hinaus häufig zu depressiven Symptomen (depressive Stimmung, Interessenverlust, Reizbarkeit, Schlafstörungen, reduzierte sexuelle Appetenz, sozialer Rückzug aus der Peergruppe), welche in den häufigsten Fällen bei einer Normalisierung des Gewichts remittieren. Des Weiteren finden sich komorbid gehäuft affektive Störungen, Angsterkrankungen (insbesondere soziale Ängste) und Zwangsstörungen (Brunner & Resch, 2006; Woodside & Staab, 2006).

Erst seit der vierten Fassung des DSM (DSM-IV) aus dem Jahr 1994 wird die Unterscheidung zwischen einem *restriktiven* und einem *bulimischen Binge-Eating/Purging-Typus* der Anorexie getroffen, wobei die betroffenen Patientinnen häufig vom restriktiven Typus zum bulimischen Typus wechseln. Der restriktive Subtyp entspricht der ursprünglich klassischen reinen Magersucht, bei der die Gewichtsabnahme ausschließlich durch Hungern und exzessive Bewegung, ohne Erbrechen oder den Missbrauch von Laxanzien oder Diuretika, herbeigeführt wird. Liegt der Binge-Eating/Purging-Typus vor, zeigen die betroffenen Frauen die typischen bulimischen Heißhungeranfälle mit anschließender Durchführung kompensatorischer Maßnahmen (Erbrechen, Missbrauch von Laxanzien, Diuretika, Durchführung von Einläufen) (APA, 2000/2003).

Bis zu 40 % der anorektischen Patientinnen präsentieren im Krankheitsverlauf bulimische Symptome (Keel, A. B. Mitchell & J. E. Mitchell, 1997; Kohn & Golden, 2001).

¹ Das Körperselbstbild ist ein komplexes Konstrukt, welches affektive, kognitive und verhaltensbezogene Aspekte der Körpererfahrung umfasst (siehe T. F. Cash & Pruzinsky, 2002).

In einer Längsschnittstudie von Eddy et al. (2002) wiesen 62 % der ursprünglich als vom restriktiven Subtyp diagnostizierten anorektischen Frauen nach 8 Jahren die Diagnose einer Anorexie vom Binge-Eating/Purging-Typus auf und nur 12 % der Frauen gaben an, niemals binge/purging Verhaltensweisen erlebt zu haben. Die Diagnose einer Anorexie vom Binge-Eating/Purging-Typus darf laut DSM-IV-TR (APA, 2000/2003) in Abgrenzung zur Bulimie nur bei bestehendem Untergewicht gestellt werden.

In der ICD-10 (WHO, 1992/2008) besteht ebenfalls die Möglichkeit, zwei verschiedene Subtypen der Anorexie zu differenzieren: *Anorexie ohne aktive Maßnahmen* (Erbrechen, Abführen etc.) der Gewichtsabnahme (asketische, passive, restriktive Form der Anorexie: F50.00) und *Anorexie mit aktiven Maßnahmen* (Erbrechen, Abführen etc. u. U. in Verbindung mit Heißhungerattacken) zur Gewichtsabnahme (aktive, bulimische Form der Anorexie: F50.01).

Die ICD-10 und DSM-IV-TR Kriterien für die Diagnose einer AN gehen aus Tabelle 2.1 und Tabelle 2.2 hervor.

Tabelle 2.1: Diagnostische Kriterien der Anorexia Nervosa nach ICD-10 (WHO, 1992/2008)

Anorexia Nervosa – ICD-10: F50.0	
1.	Tatsächliches Körpergewicht mindestens 15 Prozent unter dem erwarteten (entweder durch Gewichtsverlust oder nie erreichtes Gewicht) oder ein Body Mass Index (= BMI = kg/m ²) von 17,5 oder weniger. Bei Patienten in der Vorpubertät kann die erwartete Gewichtszunahme während der Wachstumsperiode ausbleiben.
2.	Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch: <ul style="list-style-type: none"> a. Vermeidung von hochkalorischen Speisen; sowie eine oder mehrere der folgenden Verhaltensweisen: b. selbst induziertes Erbrechen; c. selbst induziertes Abführen; d. übertriebene körperliche Aktivitäten; e. Gebrauch von Appetitzüglern und/oder Diuretika.
3.	Körperschema-Störung in Form einer spezifischen psychischen Störung: die Angst, zu dick zu werden, besteht als eine tiefverwurzelte überwertige Idee; die Betroffenen legen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst fest.
4.	Eine endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse. Sie manifestiert sich bei Frauen als Amenorrhoe und bei Männern als Libido- und Potenzverlust. Ausnahme: Persistieren vaginaler Blutungen bei anorektischen Frauen mit einer Hormonsubstitutionsbehandlung zur Kontrazeption. Erhöhte Wachstumshormon- und Kortisolspiegel, Änderungen des peripheren Metabo-

lismus 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.

F50.00: Anorexie ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsabnahme (**restriktive Form**)

F50.01: Anorexie mit aktiven Maßnahmen zur Gewichtsabnahme (**bulimische Form**)

Tabelle 2.2: Diagnostische Kriterien der Anorexia Nervosa nach DSM-IV-TR (APA, 2000/2003)

Anorexia Nervosa – DSM-IV-TR: 307.1
<p>A. Weigerung, das Minimum des für Alter und Körpergröße normalen Körpergewichts zu halten (z. B. der Gewichtsverlust führt dauerhaft zu einem Körpergewicht von weniger als 85 % des zu erwartenden Gewichts; oder das Ausbleiben einer während der Wachstumsperiode zu erwartenden Gewichtszunahme führt zu einem Körpergewicht von weniger als 85 % des zu erwartenden Gewichts).</p> <p>B. Ausgeprägte Ängste vor einer Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden, trotz bestehenden Untergewichts.</p> <p>C. Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur und des Körpergewichts, übertriebener Einfluss des Körpergewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung, oder Leugnen des Schweregrades des gegenwärtigen geringen Körpergewichts.</p> <p>D. Bei postmenarchalen Frauen das Vorliegen einer Amenorrhoe, d. h. das Ausbleiben von mindestens drei aufeinanderfolgenden Menstruationszyklen (Amenorrhoe wird auch dann angenommen, wenn bei einer Frau die Periode nur nach Verabreichung von Hormonen, z. B. Östrogen, eintritt).</p>
<p>Restriktiver Typus: Während der aktuellen Episode der Anorexia Nervosa hat die Person keine regelmäßigen „Fressanfälle“ gehabt oder hat kein „Purging“-Verhalten (d. h. selbstinduziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxanzien, Diuretika oder Klistieren) gezeigt.</p>
<p>Binge-Eating/Purging-Typus: Während der aktuellen Episode der Anorexia Nervosa hat die Person regelmäßig Fressanfälle gehabt oder hat Purgingverhalten (d. h. selbstinduziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxanzien, Diuretika oder Klistieren) gezeigt oder beides.</p>

2.1.1.2 Epidemiologie und Verlauf

Betroffen sind v. a. junge Frauen im Durchschnitt ab dem 17. Lebensjahr in industrialisierten Gesellschaften mit einem Überfluss an Nahrung, in denen Schlanksein speziell für Frauen mit Attraktivität und Erfolg gleichgesetzt wird (APA, 2000/2003; Hoek, 1995; Tuschen-Caffier et al., 2005, Kap. 1).

Bezogen auf die Gesamtpopulation handelt es sich bei der AN – im Vergleich z. B. mit Angststörungen und depressiven Erkrankungen – um eine eher seltene Störung. In der Risikogruppe junger Frauen zwischen 15 und 24 Jahren lässt sich jedoch eine durchschnittliche Prävalenz von 0.3 % konstatieren. Nach Fettsucht und Asthma handelt es sich bei der AN um die dritthäufigste Erkrankung, die bei jungen Frauen diagnostiziert wird. Im 14. und 18. Lebensjahr finden sich zwei Erkrankungsgipfel (APA, 2000/2003; Hoek, 2006; Hoek & Hoeken, 2003; Kohn & Golden, 2001). Insgesamt erkrankt der größte Anteil der Personen mit Essstörungen vor dem 25. Lebensjahr. Ein Beginn der Erkrankung im Alter von über 40 Jahren ist selten (APA, 2000/2003; Woodside & Garfinkel, 1992).

In bestimmten Risikogruppen (z. B. Models, Balletttänzer, Wrestler, Hochleistungssportler, Schauspieler) werden sowohl bei Frauen als auch bei Männern gegenüber der Allgemeinbevölkerung deutlich erhöhte Prävalenzraten berichtet, wobei wie erwähnt die Rolle der Kausalität (ist der Beruf die Ursache für das erhöhte Risiko oder wählen vielmehr vulnerable Personen verstärkt solche Betätigungsfelder?) noch nicht abschließend geklärt ist (Andersen, 1995; Braun et al., 1999; Harris & Cumella, 2006).

In den letzten Jahrzehnten wird zudem eine erhöhte Behandlungsnachfrage bei Männern konstatiert (Braun et al., 1999). Hierbei scheint es sich aber weniger um einen tatsächlichen Anstieg der Prävalenzraten zu handeln. Vielmehr wird vermutet, dass sowohl unter betroffenen Männern als auch unter Behandlern ein gestiegenes Bewusstsein für Essstörungen zu einer erhöhten Durchführung von Behandlungsmaßnahmen führt (Lewinsohn, Seeley, Moerk & Striegel-Moore, 2002).

Klinisch entsteht nicht selten der Eindruck, dass insbesondere Frauen aus höheren sozialen Schichten an einer Essstörungsproblematik erkranken. Hierbei scheint es sich jedoch weniger um tatsächlich vorhandene Schichtunterschiede zu handeln, sondern vielmehr um eine Verzerrung, die auf ein unterschiedliches Inanspruchnahmeverhalten von Leistungen des Gesundheitssystems zurückzuführen ist (Hoek, 1995).

Eine längere Erkrankungsdauer, das gleichzeitige Vorliegen eines Substanzmissbrauchs, von depressiven und Angststörungen sowie Einschränkungen im sozialen

Funktionieren werden mit eher ungünstigen Krankheitsverläufen in Verbindung gebracht. Ein früher Erkrankungsbeginn während der Adoleszenz zwischen 13 und 18 Jahren scheint sich eher günstig auf den Verlauf auszuwirken (APA, 2000/2003; Berkman, Lohr & Bulik, 2007; Keel et al., 2003), ein Erkrankungsbeginn noch vor der Pubertät als sehr ungünstig (APA, 2000/2003; Steinhausen, 2002).

Insgesamt ist der Krankheitsverlauf durch Chronizität, hohe Rückfall- und Mortalitätsraten gekennzeichnet (Brunner & Resch, 2006). Weniger als die Hälfte der Patientinnen gesunden, etwa ein Drittel bessert sich im langfristigen Verlauf, ca. 20 % erleben einen chronischen Verlauf oft mit schweren medizinischen Komplikationen und tödlichem Ausgang (Steinhausen, 2002). Verläuft die Anorexie günstig, dauert es bis zu einer Heilung dennoch im Mittel 6 Jahre (Herzog, Friederich, Wild, Löwe & Zipfel, 2006). Die AN weist die höchsten Mortalitätsraten aller psychiatrischen Erkrankungen auf und gehört zu den gefährlichsten Erkrankungen des Jugend- und jungen Erwachsenenalters (Fichter, Quadflieg & Hedlund, 2006). Die zweithäufigste Todesursache stellen dabei Suizide dar (Franko & Keel, 2006).

2.1.2 Bulimia Nervosa

2.1.2.1 Klinisches Erscheinungsbild und diagnostische Kriterien

Die BN ist gekennzeichnet durch wiederholte, meist heimlich stattfindende Essanfälle und unangemessene Maßnahmen, die einer befürchteten Gewichtszunahme entgegensteuern sollen. Das Körpergewicht liegt meist im Normbereich, unterliegt jedoch aufgrund der ständig wechselnden Phasen zwischen Essanfällen und Diäthalten starken Gewichtsschwankungen. Bei einer Essattacke werden von der Patientin ungewöhnlich große und zumeist hochkalorische Nahrungsmittel, welche sie sich normalerweise verbietet, i. d. R. hastig verschlungen, wobei ein Gefühl des Kontrollverlusts über das eigene Essverhalten vorherrschend ist (Bauer, Anderson & Hyatt, 2002; Shafran & Fairburn, 2002; Zeeck, Hartmann, Sandholz & Joos, 2006).

Als inadäquate Maßnahmen, einen Essanfall zu kompensieren, kommt es meist zu selbstinduziertem Erbrechen, der Einnahme von Laxanzien und/oder Diuretika, der Durchführung von Einläufen, Diäten, Fastenepisoden sowie extremer sportlicher Betätigung. Mit zunehmender Erkrankungsdauer verzögert sich die Magenentleerung, was von den betroffenen Frauen subjektiv als frühe Sättigung, als Völlegefühl während und nach dem Essen selbst bei geringen Nahrungsmengen erlebt wird. Darüber hinaus be-

richten Patientinnen oft, dass ihnen das Erbrechen zunehmend leichter fällt, je öfter sie dieses durchführen, was auf eine Störung der normalen Mobilität des Magens und einer Umkehr der normalen Vorwärtsbewegung zurückzuführen ist (a. a. O.).

Ebenso wie bei der AN haben Figur und Gewicht einen übermäßigen Einfluss auf das Selbstwertgefühl. Trotz ihres Normalgewichts empfinden sich die Patientinnen als zu dick und sind mit ihrer Figur unzufrieden, die Wahrnehmung des eigenen Körpers ist wie bei den anorektischen Frauen stark verzerrt (a. a. O.).

Auch bei der BN sind sekundäre somatische Veränderungen bedingt durch die Heißhungerattacken und die unangemessenen Maßnahmen zur Gewichtsregulation – trotz des meist bestehenden Normalgewichts – häufig. Internistische (z. B. Elektrolytstörungen, Herzrhythmusstörungen, akute Magendilatation mit der Gefahr einer Magenruptur), endokrinologische/gynäkologische (Menstruationsunregelmäßigkeiten, Amenorrhoe, Veränderungen des Aldosteronspiegels), zahnärztliche (Zahnschmelzerosionen), nervenärztliche (z. B. Lethargie, Tetanien, zerebrale Krampfanfälle) Folgeschäden und Beschwerden im Hals-Nasen-Ohren-Bereich (Schwellung der Ohrspeicheldrüsen, chronische Heiserkeit, Halsschmerzen) verursachen hohe medizinische und psychosoziale Folgekosten (Albrecht, 2007; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V., 2004, Kap. 2.2.3; J. E. Mitchell & Crow, 2006).

Komorbid finden sich zusätzlich gehäuft ein Alkohol- und Drogenabusus und Persönlichkeitsstörungen insbesondere vom Borderline-Typus (APA, 2000/2003; Brunner und Resch, 2006; Woodside & Staab, 2006).

Auch für die Bulimie wurde in der vierten Fassung des DSM aus dem Jahr 1994 eine Spezifizierung von zwei Typen neu eingeführt, der *Purging-Subtyp*, der alle für eine Bulimie typischen kompensatorischen Verhaltensweisen aufweist, und der *Nicht-Purging-Subtyp* mit anorektisch anmutenden Verhaltensweisen (Fasten, gesteigerter Bewegungsdrang) zur Gewichtsregulierung nach den Essanfällen (APA, 2000/2003).

In der ICD-10 werden hingegen keine Subtypen der Bulimie formuliert (WHO, 1992/2008). Liegt bulimisches Verhalten bei gleichzeitigem erheblichen Gewichtsverlust bzw. Untergewicht vor, würde nach DSM-IV-TR die Diagnose einer *Anorexia Nervosa*, *Binge-Eating/Purging-Subtyp*, nach der ICD-10 hingegen eine *Bulimia Nervosa* diagnostiziert werden. Patientinnen mit Essanfällen und normalem Gewicht („Bulimie mit Normalgewicht“), welche die DSM-IV-TR-Kriterien einer *Bulimia Nervosa* erfüllen, werden nach der ICD-10 wegen des dort für die Diagnose einer Bulimie verlangten

Kriteriums Untergewicht als *atypische Bulimia Nervosa* klassifiziert (APA, 2000/2003; WHO, 1992/2008).

In Tabelle 2.3 und Tabelle 2.4 sind die Diagnosekriterien für eine Bulimia Nervosa nach ICD-10 und DSM-IV-TR aufgeführt.

Tabelle 2.3: Diagnostische Kriterien der Bulimia Nervosa nach ICD-10 (WHO, 1992/2008)

Bulimia Nervosa – ICD-10: F50.2
<ol style="list-style-type: none">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, dem dickmachenden Effekt der Nahrung durch verschiedene Verhaltensweisen entgegenzusteuern:<ol style="list-style-type: none">a. Selbstinduziertes Erbrechenb. Missbrauch von Abführmittelnc. Zeitweilige Hungerperiodend. Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika<p>Wenn die Bulimie bei Diabetikerinnen auftritt, kann es zu einer Vernachlässigung der Insulinbehandlung kommen.</p>3. Krankhafte Furcht, dick zu werden. Die Patientin setzt sich eine scharf definierte Gewichtsgrenze, deutlich unter dem prämorbidem, vom Arzt als optimal oder „gesund“ betrachteten Gewicht.

Tabelle 2.4: Diagnostische Kriterien der Bulimia Nervosa nach DSM-IV-TR (APA, 2000/2003)

Bulimia Nervosa – DSM-IV-TR: 307.51
<p>A. Wiederholte Episoden von „Fressattacken“. Eine „Fressattacken“-Episode ist gekennzeichnet durch beide der folgenden Merkmale:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Verzehr einer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum (z. B. innerhalb eines Zeitraums von 2 Stunden), wobei diese Nahrungsmenge erheblich größer ist, als die Menge, die die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum und unter vergleichbaren Bedingungen essen würden.2) Das Gefühl, während der Episode die Kontrolle über das Essverhalten zu verlieren (z. B. das Gefühl, weder mit dem Essen aufhören zu können, noch Kontrolle über Art und Menge der Nahrung zu haben). <p>B. Wiederholte Anwendung von unangemessenen, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahmen, wie z. B. selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von</p>

Laxanzien, Diuretika, Klistieren oder anderen Arzneimitteln, Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung.

- C. Die „Fressattacken“ und das unangemessene Kompensationsverhalten kommen 3 Monate lang im Durchschnitt mindestens zweimal pro Woche vor.
- D. Figur und Körpergewicht haben einen übermäßigen Einfluss auf die Selbstbewertung.
- E. Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf von Episoden einer Anorexia Nervosa auf.

Purging-Typus: Die Person induziert während der aktuellen Episode der Bulimia Nervosa regelmäßig Erbrechen oder missbraucht Laxanzien, Diuretika oder Klistiere.

Nicht-Purging-Typus: Die Person hat während der aktuellen Episode der Bulimia Nervosa andere unangemessene, einer Gewichtszunahme gegensteuernde Maßnahmen gezeigt wie beispielsweise Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung, hat aber nicht regelmäßig Erbrechen induziert oder Laxanzien, Diuretika oder Klistiere missbraucht.

2.1.2.2 Epidemiologie und Verlauf

Die BN kommt mit einer durchschnittlichen Prävalenz von 1 % in der Gruppe junger Frauen im Alter von 15 bis 24 Jahren deutlich häufiger vor als die AN und beginnt mit einem Erkrankungsgipfel um das 18. bis 22. Lebensjahr insgesamt später (Hoek, 2006; Hoek & Hoeken, 2003; Möller et al., 2001, Kap. 4.10; Tuschen-Caffier et al., 2005, Kap. 1).

Liegen zusätzlich zur Bulimie depressive, Impulskontrollstörungen oder ein Substanzmissbrauch vor, ist mit eher ungünstigen Krankheitsverläufen zu rechnen (Berkman et al., 2007).

Im Gegensatz zur AN sterben vergleichsweise wenige Patientinnen infolge ihrer Bulimieerkrankung (durchschnittliche standardisierte Mortalitätsrate 1.6). Die standardisierten Suizidraten sind nicht erhöht, allerdings gibt es Hinweise, dass bei Bulimikerinnen und bei Anorexien vom Binge-Eating/Purging-Typus häufiger Suizidversuche auftreten als bei anorektischen Patientinnen vom restriktiven Typus (Franko & Keel, 2006; Hoek, 2006; Pompili, Girardi, G. Tatarelli, Ruberto & R. Tatarelli, 2006; Youssef et al., 2004).

In einem Review berichten Keel et al. (1997), dass 5 bis 10 Jahre nach der Diagnosestellung ca. 50 % der Frauen als geheilt zu bezeichnen sind (Vollremissionen), ca. 30 % erleben Rückfälle in bulimische Verhaltensweisen (Teilremissionen) und 20 % weisen weiterhin das klinische Vollbild einer Bulimie auf (chronische Verläufe).

2.1.3 Binge-Eating-Störung

2.1.3.1 Klinisches Erscheinungsbild und diagnostische Kriterien

Bei der BES treten zwar Heißhungerattacken auf, jedoch werden keine gewichtsregulierenden Maßnahmen wie bei der BN praktiziert. Folglich nehmen die betroffenen Patienten kontinuierlich an Gewicht zu. Heißhungerattacken treten weniger vor dem Hintergrund eines gezügelten, restriktiven Essverhaltens auf, sondern es besteht vielmehr eine allgemeine Tendenz zum Überessen und/oder chaotische Essgewohnheiten. Auslöser für Essanfälle sind häufig emotionale Reize (z. B. negativer Affekt). Eine BES kann auch bei Kindern und Jugendlichen diagnostiziert werden. Ob die DSM-IV Kriterien hierbei valide sind und u. a. auch das bei Kindern und Jugendlichen vorliegende Symptombild angemessen reflektieren, ist Gegenstand aktueller Diskussionen und Forschungsbemühungen (Hilbert & Munsch, 2005; Latner & Clyne, 2007; Masheb & Grilo, 2000).

Im Vergleich zu Personen ohne Essanfälle mit vergleichbarem BMI geht das Vorliegen einer BES mit erhöhter Depressivität, phobischer Angst, paranoidem Denken, Ekel über das eigene Aussehen, Selbstverabscheuung, somatischen Beschwerden sowie häufigeren interpersonellen Problemen und zwischenmenschlicher Empfindlichkeit einher (APA, 2000/2003).

Allerdings zeigen sich Betroffene mit BES hinsichtlich Variablen allgemeiner Psychopathologie weniger belastet als Personen mit BN. Darüber hinaus beschäftigt sich die Forschung zur BES in den letzten Jahren gezielt mit Fragestellungen zur Auslösung und Aufrechterhaltung der Störung sowie mit der Frage, was die BES von anderen Essstörungen abgrenzt, wie sich Personen mit BES von der nicht-essgestörten Normalpopulation unterscheiden und welche Behandlungsmöglichkeiten geeignet sind (Hilbert, 2000).

Im DSM-IV-TR wird die BES unter der Kategorie *Nicht näher bezeichnete Essstörung* (307.50) verschlüsselt, explizit vorläufige Forschungskriterien wurden im Anhang des DSM-IV-TR formuliert (APA, 2000/2003). Nach Sichtung der Literatur sprechen sich Striegel-Moore und Franko (2008) in ihrem Review dezidiert für die Aufnahme der BES als eigenständige Essstörungskategorie in das DSM-V aus. In der ICD-10 wird eine BES wie erwähnt in die Kategorie *Nicht näher bezeichnete Essstörung* (F50.9) eingeordnet, einzelne Kriterien werden nicht aufgeführt (WHO, 1992/2008).

In Tabelle 2.5 sind die vorläufigen Forschungskriterien nach DSM-IV-TR für die BES aufgeführt.

Tabelle 2.5: Forschungskriterien der Binge-Eating-Störung nach DSM-IV-TR (APA, 2000/2003)

Binge-Eating-Störung – DSM-IV-TR: 307.50, Forschungskriterien
<p>A. Wiederholte Episoden von „Fressanfällen“. Eine Episode von „Fressanfällen“ ist durch die beiden folgenden Kriterien charakterisiert:</p> <p>1) Essen einer Nahrungsmenge in einem abgrenzbaren Zeitraum (z. B. in einem zweistündigen Zeitraum), die definitiv größer ist als die Menge, die die meisten Menschen in einem ähnlichen Zeitraum unter ähnlichen Umständen essen würden.</p> <p>2) Ein Gefühl des Kontrollverlustes über das Essen während der Episode (z. B. ein Gefühl, dass man mit dem Essen nicht aufhören kann bzw. nicht kontrollieren kann, was und wieviel man isst).</p> <p>B. Die Episoden von „Fressanfällen“ treten gemeinsam mit mindestens drei der folgenden Symptome auf:</p> <p>1) wesentlich schneller essen als normal, 2) essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl, 3) essen großer Nahrungsmengen, wenn man sich körperlich nicht hungrig fühlt, 4) alleine essen aus Verlegenheit über die Menge, die man isst, 5) Ekelgefühle gegenüber sich selbst, Deprimiertheit oder große Schuldgefühle nach dem übermäßigen Essen.</p> <p>C. Es besteht deutliches Leiden wegen der „Fressanfalle“.</p> <p>D. Die „Fressanfalle“ treten im Durchschnitt an mindestens 2 Tagen in der Woche für 6 Monate auf.</p> <p>E. Die „Fressanfalle“ gehen nicht mit dem regelmäßigen Einsatz von unangemessenen kompensatorischen Verhaltensweisen einher (z. B. „Purging-Verhalten“, fasten oder exzessive körperliche Betätigung) und sie treten nicht ausschließlich im Verlauf einer Anorexia Nervosa oder Bulimia Nervosa auf.</p>

2.1.3.2 Epidemiologie und Verlauf

In der Allgemeinbevölkerung liegt die Prävalenz der BES bei strenger Anwendung der DSM-IV-TR Kriterien bei mindestens 1 % (Hoek & Hoeken, 2003), wobei deutlich mehr Männer als bei der AN und der BN (ca. ein Drittel) betroffen sind (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V., 2004, Kap. 2.4). Nach Tuschen-Caffier et al. (2005, Kap. 1) leiden schätzungsweise 0.7 bis 4.6 % der Bevölkerung an einer BES. Bei Per-

sonen, die sich wegen ihres Übergewichts in Behandlung begeben, finden sich geschätzte Prävalenzraten zwischen 15 und 50 % (APA, 2000/2003; Latner & Clyne, 2007).

In einer prospektiven Kohortenstudie verglichen Fairburn, Z. Cooper, Doll, Norman und O'Connor (2000) die Krankheitsverläufe von 102 jungen Frauen aus der Allgemeinbevölkerung mit BN (92 zum finalen Erhebungszeitpunkt) mit denen von 48 Frauen aus der Allgemeinbevölkerung mit BES (40 zum finalen Erhebungszeitpunkt) über einen 5-Jahreszeitraum. Diejenigen Frauen mit der Diagnose einer BES wiesen zum Zeitpunkt des 5-Jahres-Follow-up deutlich günstigere Krankheitsverläufe auf als die Frauen mit BN. Nur noch bei 18 % der Frauen mit BES lag weiterhin eine klinisch relevante Essstörungsdiagnose vor. Im Vergleich dazu konnte bei 51 % der Frauen mit BN nach 5 Jahren eine klinisch relevante Essstörungsproblematik diagnostiziert werden.

Insgesamt scheinen eher ältere Personen von der Erkrankung betroffen zu sein und es kommt häufiger zu Spontanremissionen als bei der AN und der BN (Fairburn & Harrison, 2003).

Welche Faktoren den Verlauf einer BES eher günstig oder ungünstig beeinflussen, kann zum jetzigen Zeitpunkt aufgrund eines Mangels an aussagekräftigen Studien jedoch noch nicht abschließend beurteilt werden (Berkman et al., 2007).

2.1.4 Subklinische/Partielle Essstörungen

Bei strenger Anwendung der Diagnosekriterien nach ICD-10 und DSM-IV-TR gibt es Personen, die nicht in eine der drei Essstörungsgruppen eingeordnet werden können, obwohl sie an einem gestörten Essverhalten oder gar an einer manifesten Essstörungsproblematik leiden. Ein Konsens, wie diese auch als „subklinisch“, „partiell“, „sonstig“, „atypisch“, „nicht näher bezeichnet“ genannten Essstörungen näher definiert werden können, besteht nicht. Es handelt sich um eine sehr heterogene Gruppe von Syndromen unterschiedlichen Schweregrades und je nach Studie werden verschiedene Definitionskriterien zu Grunde gelegt und unterschiedliche Messmethoden verwendet (Chamay-Weber, Narring & Michaud, 2005).

In Studien werden folglich deutlich divergierende Prävalenzzahlen von 0.8-35 % für partielle Essstörungen in der Gruppe Jugendlicher berichtet, für Purging-Verhaltensweisen (Erbrechen, Missbrauch von Laxanzien oder Diuretika) finden sich Prävalenzzahlen zwischen 5 und 16 % (Brunner & Resch, 2006; Chamay-Weber et al., 2005). Laut Chamay-Weber et al. (2005) gilt es dabei zu berücksichtigen, dass

... if one applies strict criteria in the diagnosis of partial ED during adolescence, the prevalence is low but the persistence of symptoms is high, whereas the opposite is true when one defines partial ED as including a large array of symptoms. (S. 420)

Unter allen ambulanten Therapiepatientinnen, die sich aufgrund einer Essproblematik in Behandlung befinden, stellen Fälle partieller Essstörungen mit ca. 60 % den weitaus größten Anteil dar (Hoek, 2006). Der Anteil partieller Essstörungen scheint unter männlichen Betroffenen größer zu sein als unter weiblichen (Beato-Fernandez & Rodriguez-Cano, 2005).

Auch wenn die genaue Beziehung zwischen subklinischen Ausprägungen gestörten Essverhaltens und der Entwicklung einer voll ausgeprägten Essstörung im Sinne der ICD-10 und der DSM-IV-TR Kriterien weiterhin unklar ist, wird mittlerweile davon ausgegangen, dass es einen kontinuierlichen Übergang von gesundem Essverhalten, über eher leichtere Auffälligkeiten, über partielle Syndrome hin zu manifest ausgeprägten Essstörungsproblematiken gibt (*Kontinuitätshypothese*). Es ist anzunehmen, dass sich partielle und voll ausgeprägte Syndrome vor dem Hintergrund gleichartiger Risikofaktoren entwickeln. Deshalb ist die intensive Erforschung auch von nicht vollständig ausgeprägten Essstörungssyndromen im Sinne der Früherkennung und des Einsatzes von Präventionsmaßnahmen wichtig (Aschenbrenner, 2002).

Patientinnen, bei denen ein oder mehrere Kernmerkmale der AN bzw. der BN – bei ansonsten recht typischem klinischen Bild – fehlen, werden laut ICD-10 als *atypische AN* (F50.1) und als *atypische BN* (F50.3) verschlüsselt (WHO, 1992/2008). Das DSM-IV-TR vergibt in diesem Fall die Diagnose einer *Nicht näher bezeichneten Essstörung* (307.50) (APA, 2000/2003).

Das nächste Kapitel widmet sich aufgrund ihrer großen Bedeutung der Prävention von Essstörungen.

2.2 *Prävention von Essstörungen*

Bei Essstörungen handelt es sich um Krankheiten, die schwierig zu behandeln sind, eine schlechte Prognose aufweisen und mit hohen sozialen und volkswirtschaftlichen Kosten verbunden sind. Deshalb ist der Einsatz gezielter und wirksamer Präventionsmaßnahmen – insbesondere im frühen Lebensalter – sehr wichtig, da die Unzufriedenheit mit dem eigenen Gewicht und der Figur bereits bei Kindern und Jugendlichen beobachtet werden kann.

So werden beispielsweise etwa 10 % aller medizinisch nicht notwendigen Schönheitsoperationen in Deutschland bereits an unter 20-Jährigen vorgenommen, schon unter 9- bis 14-jährigen Kindern und Teenagern wünschen sich 20 % eine Schönheitsoperation (Wegener, 2007). Ca. 63 % der 13- bis 14-Jährigen würden gerne besser aussehen, fast zwei Drittel quälen sich mit einem Makel an ihrem Körper, über den sie nicht sprechen möchten (BZgA, Juli 2008).

Laut einer Untersuchung von Berger, Schilke und Strauß (2005) wären 32 % der Kinder mit Normalgewicht lieber schlanker, 42 % der Jungen und 53 % der Mädchen zwischen 8 und 12 Jahren bevorzugen ein dünneres Idealbild. Aus einer vom bayerischen Sozialministerium in Auftrag gegebenen Studie, bei der an die 800 Schülerinnen und Schüler der fünften Jahrgangsstufe (Altersdurchschnitt 11 Jahre) an Gymnasien in München-Stadt und München-Land untersucht wurden, geht des Weiteren hervor, dass 49 % der Mädchen und 36 % der Jungen gerne dünner wären. 34% der Mädchen und 30 % der Jungen haben bereits in diesem jungen Alter Abnehmversuche hinter sich. Bei 13 bis 18 Jahre alten Mädchen (Altersdurchschnitt 15 Jahre) haben bereits 48 % versucht abzunehmen. Maßnahmen, das eigene Gewicht zu kontrollieren, nehmen also mit steigendem Alter zu. Ähnliche Zahlen finden sich auch in vergleichbaren Untersuchungen aus den USA, aus Israel und aus Australien (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit, n. d.).

Auch stärker gestörtes Essverhalten ist bei Teenagern weit verbreitet. In einer kanadischen Untersuchung (J. M. Jones, Bennett, Olmsted, Lawson & Rodin, 2001) an Schülerinnen zwischen 12 und 18 Jahren (Altersdurchschnitt 15 Jahre) berichten 15 % der weiblichen Teenager von Essanfällen mit Kontrollverlust, 8.2 % von selbst induziertem Erbrechen und 2.4% geben an, schon mindestens einmal Diätpillen ausprobiert zu haben.

In der bislang größten deutschen Kinder- und Jugendgesundheitsstudie, dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) des Robert Koch-Instituts (n = 17641 Kinder und Jugendliche zwischen 0 und 17 Jahren) werden diese erschreckenden Befunde bestätigt: Im Alter von 11 bis 17 Jahren zeigen 21.9 % der deutschen Kinder und Jugendlichen Anzeichen einer Essstörung, wobei 28.9 % der Mädchen und 15.2 % der Jungen bezüglich ihres Essverhaltens als auffällig bezeichnet werden können (Hölling & Schlack, 2007; KiGGS, 2009).

2.2.1 Allgemeine Aspekte der Prävention

Unter *Prävention* versteht man laut einer Definition des schweizerischen Bundesamtes für Gesundheit (BAG) „alle (zielgerichteten) Maßnahmen und Aktivitäten, die eine bestimmte gesundheitliche Schädigung verhindern, weniger wahrscheinlich machen oder verzögern“ (BAG, 1999, zitiert nach Dannigkeit, 2004). Dieser Begriff der *Krankheitsprävention* entwickelte sich in der Sozialmedizin des 19. Jahrhunderts aus der Debatte um soziale Hygiene und Volksgesundheit. Risikofaktoren von Krankheiten sollen zurückgedrängt werden (Vermeidungsstrategie) (Hurrelmann, Klotz & Haisch, 2004).

Von der Prävention kann der deutlich jüngere Begriff der *Gesundheitsförderung* abgegrenzt werden, der sich nach einer wegweisenden Konferenz der WHO im Jahr 1986 etablierte. Durch die Verbesserung der Lebensbedingungen (soziale und wirtschaftliche Faktoren, Umweltfaktoren, Faktoren des Lebensstils, psychologische Faktoren, Zugang zu gesundheitsrelevanten Leistungen und Institutionen) sollen Menschen eine Stärkung ihrer gesundheitlichen Entfaltungsmöglichkeiten erfahren, Schutzfaktoren und Ressourcen sollen gestärkt werden (Promotionsstrategie) (a. a. O.).

Gemeinsames Ziel von Interventionsmaßnahmen der Prävention und der Gesundheitsförderung ist es, sowohl einen individuellen als auch einen kollektiven Gesundheitsgewinn zu erzielen, wobei unterschiedliche Interventionsformen mit verschiedenartigen Wirkprinzipien unter die beiden Begriffe subsumiert werden können. Allerdings werden die Begriffe *Krankheitsprävention* und *Gesundheitsförderung* in der Fachliteratur nicht einheitlich verwendet (a. a. O.).

Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde in der BRD die Gesundheitspolitik zunächst auf Medizinpolitik und einen individuell-kurativen Umgang mit Gesundheit/Krankheit reduziert. Erst 1982 gelang mit der Deutschen Herzkreislauf-Präventionsstudie (DHP) die Etablierung des ersten größeren gemeindebezogenen Präventionsprojektes in Deutschland (Rosenbrock, 1998).

1986 fand in Ottawa die „1. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung“ der WHO statt, deren Abschlussresolution unter der Bezeichnung *Ottawa-Charta* bekannt geworden ist (Hildebrandt & Kickbusch, 2006). Die Ottawa-Charta der WHO gilt als „derzeit umfassendstes, wissenschaftlich gut untermauertes Präventionskonzept“ und „ist heute wahrscheinlich das meistzitierte – wenngleich ... keineswegs das meist beachtete – Bezugsdokument präventiver Gesundheitspolitik in Deutschland“ (Rosenbrock, 1998, S. 5-6).

Als zentrale Punkte wurden in der Charta bezüglich der Gesundheitsförderung u. a. festgehalten: Realisation einer gemeindenahen Gesundheitsförderung, Gesundheitsförderung auf allen Ebenen der Politik und mit Hilfe einer demokratischen Gestaltung und Einflussnahme der Bevölkerung, Ermöglichung eines höheren Maßes an Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit für alle Menschen, Verantwortung für Gesundheit liegt nicht nur bei dem einzelnen Individuum, sondern auch in der allgemeinen Politikgestaltung (Klotter, 2002).

Im Zuge der Novellierung des Sozialgesetzbuches V (SGB V) war den Institutionen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) 1989 mit dem neu eingeführten § 20 ein allgemeiner Präventionsauftrag erteilt worden, infolge dessen die Krankenversicherungen eine Vielzahl von Angeboten zur Gesundheitsförderung geschaffen haben. Diese waren wissenschaftlich jedoch häufig nicht fundiert und gerieten sowohl in der Fachwelt als auch in der allgemeinen Bevölkerung in schlechten Ruf. 1996 wurde schließlich der allgemeine Präventionsauftrag an die Krankenkassen, mit Ausnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung, wieder aus dem § 20 des SGB V gestrichen, da die seitens des Gesetzgebers mit dem Paragraphen verbundene Hoffnung, die Stärkung des eigenverantwortlichen Umgangs mit der eigenen Gesundheit könne kostendämpfend wirken, nicht erfüllt wurde (Dannigkeit, 2004; Klotter, 2002).

Bei der praktischen Umsetzung der Ottawa-Charta in Deutschland können tiefsitzende strukturelle Hemmfaktoren (bis heute existiert kein präventionspolitisches Gesamtkonzept im Sinne nationaler Gesundheitsprogramme und die gesetzlichen Krankenkassen sind auf die Aufgaben der Prävention strukturell unzureichend vorbereitet), aber auch ausgesprochene Erfolgsgeschichten, wie z. B. die Aids-Prävention, konstatiert werden (Hurrelmann et al., 2004; Rosenbrock, 1998).

Insgesamt betrachtet spielen Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung in der auf die Kuration und Therapie von Krankheiten ausgerichteten gesundheitlichen Versorgungslandschaft weiterhin eine untergeordnete Rolle. Nur ca. 4 % des gesamten

Budgets der gesetzlichen Krankenversicherung stehen für präventive Interventionen zur Verfügung (Hurrelmann et al., 2004). Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Gesundheitsvorsorge und Verhütung von Krankheiten sind jedoch für das Jahr 2009 laut Aussage des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenversicherung auf die Rekordsumme von rund 5 Milliarden Euro gestiegen (DGVT, 2010).

Seit ca. 2000 wird der Präventionsgedanke, vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der damit steigenden Zahl chronisch kranker und versorgungsbedürftiger Menschen sowie der Verknappung finanzieller Ressourcen im Gesundheitssystem, von der Gesundheitspolitik im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes wieder verstärkt vorangetrieben. Mit der Neufassung des § 20 SGB V haben die Krankenkassen wieder einen erweiterten Handlungsspielraum in der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung erhalten. Nach den Vereinbarungen des Koalitionsvertrages vom November 2005 sollten mit einem Präventionsgesetz Prävention und Gesundheitsförderung zu einer eigenständigen Säule des Gesundheitswesens – neben Akutbehandlung, Rehabilitation und Pflege – ausgebaut werden (BMG, Juli 2006). Dieses Gesetzesvorhaben ist jedoch gescheitert und es bleibt abzuwarten, ob von der neu gebildeten Bundesregierung die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung durch eine umfassende gesetzliche Verankerung initiiert und durchgesetzt werden kann (DGVT, 2009).

Von wissenschaftlicher wie politischer Seite werden zunehmend Qualitätsforschung und Qualitätssicherungsmaßnahmen gefordert, um die vielfältigen Methoden der Prävention und Gesundheitsförderung sachlich bewerten zu können (BMG, Juli 2006; BZgA, 2002). Prinzipiell sind dabei viele verschiedene Klassifizierungen von Präventionsmaßnahmen und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung möglich, wobei kritisch festgestellt werden muss, dass in der Literatur und in Studien häufig die Kategorien unscharf abgegrenzt und inkohärente Begrifflichkeiten verwendet werden. Dies führt letztlich zu einem qualitativ sehr gemischten Angebot an Interventionen (Dannigkeit, 2004; Leppin, 2004).

Beispielsweise können nach „einer der gebräuchlichsten Differenzierungen“ (Leppin, 2004, S. 32) Präventionsmaßnahmen danach unterschieden werden, ob sie das Auftreten von Neuerkrankungen in einer Population vor dem Erstauftreten verhindern sollen (Reduktion der Inzidenzrate; Zielgruppe asymptomatische Personen; *primäre Prävention*), oder ob bei bereits eingetretener Erkrankung eine möglichst geringe Dauer und Intensität angestrebt wird (Reduktion der Prävalenzrate; Zielgruppe gefährdete Personen; *se-*

kundäre Prävention). Im Rahmen der sekundären Prävention geht es darum, eine Erkrankung in einem möglichst frühen Stadium zu diagnostizieren bzw. Risikofaktoren möglichst früh zu beseitigen, um das Auftreten von (weiteren) Krankheitssymptomen zu verhindern. Sollen Beeinträchtigungen, die infolge der Erkrankung auftreten, abgeschwächt und der Krankheitsverlauf sowie die Prognose mittels therapeutischer Maßnahmen günstig beeinflusst werden, spricht man von *tertiärer Prävention* (Fairburn, 1995; Leppin, 2004).

2.2.2 Forschungsstand zur Prävention von Essstörungen

Da die meisten Personen mit einer Essstörungsproblematik niemals eine Behandlung nachfragen und Behandlungsmaßnahmen nur bei ca. 30 bis 40 % der Patienten zu einer Symptomremission führen, besteht in der wissenschaftlichen Literatur kein Zweifel an der Notwendigkeit, Essstörungen vorzubeugen bzw. die Zahl der Neuerkrankungen zu reduzieren (Stice & Hoffman, 2004).

Auch die Politik erkennt in zunehmendem Maße den dringenden Handlungsbedarf, der Entwicklung von Essstörungen vorzubeugen. Ende 2007 wurde von der damaligen Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt, der Bundesfamilienministerin Ursula von der Leyen und der Bundesbildungsministerin Dr. Annette Schavan zusammen mit der Publizistin Alice Schwarzer die Initiative *Leben hat Gewicht – gemeinsam gegen den Schlankheitswahn* gestartet. Ziel der Initiative ist es, jungen Menschen ein positives Körperselbstbild zu vermitteln, das Selbstwertgefühl zu stärken und sie zum Hinterfragen gängiger Schönheits- und Schlankheitsideale anzuregen. Gemeinsam mit Expertinnen und Experten aus Verbänden, Medizin und Hilfseinrichtungen sowie mit Unterstützung durch prominente Persönlichkeiten (z. B. Jeanette Biedermann, Jette Joop, Sarah Wiener) sollen präventive Aktivitäten gebündelt und die Öffentlichkeit dafür sensibilisiert werden, dass es sich bei Essstörungen um ernstzunehmende Erkrankungen handelt. Im Rahmen der Initiative wurde von Ulla Schmidt gemeinsam mit der Mode- und Textilbranche eine Selbstverpflichtung in Form einer nationalen Charta veröffentlicht, in welcher u. a. der Verzicht auf den Einsatz von augenscheinlich mageren Models beschlossen wurde (BMG, 29. Juli 2008, November 2008, 2009).

Zur Prävention von Essstörungen gibt es mittlerweile eine Reihe viel versprechender Programme (z. B. Dannigkeit et al., 2005; Jacobi et al., 2005; für einen Überblick siehe Dannigkeit, 2004; Stice & Hoffman, 2004), die zumeist im schulischen und universitä-

ren Kontext eingesetzt werden und sich vorwiegend an Mädchen und junge Frauen wenden.

Am Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Jena wurden beispielsweise ab 2003 in Zusammenarbeit mit dem Thüringer Kultusministerium drei innovative Präventionsprogramme speziell für den Schulunterricht entwickelt und evaluiert: *PriMa* (Primärprävention Magersucht) richtet sich an Mädchen der 6. Klasse, *TOPP* (Teenager ohne pfundige Probleme) wendet sich an Jungen der gleichen Jahrgangsstufe und soll v. a. sozialen Rückzug und Frustessen verhindern und *Torera* (Folgeprogramm für Mädchen und Jungen der 7. Klasse) mit dem Inhalt Bulimie, BES und Adipositas. Nach Absolvierung der Programme fand sich bei einem Großteil der Kinder eine Normalisierung auffälligen Essverhaltens (weniger Diätverhalten, weniger Kalorienzählen), eine größere Wertschätzung des eigenen Körpers, größeres Wissen über gesunde Ernährung und Essstörungen sowie eine Steigerung des Selbstbewusstseins (Berger, Bormann, Brix, Sowa & Strauß, 2008; Berger & Schick, 2009; Berger, Sowa, Bormann, Brix & Strauß, 2008; HPZ, 2009).

Des Weiteren existieren präventive Konzepte, die gezielt Risikogruppen wie Balletttänzerinnen, Jugendliche mit Diabetes, die gesamte Gemeinde oder Personen mit bereits auffälligem Essverhalten oder Einstellungen ansprechen. Da die Prävention von Essstörungen ein noch recht junges Forschungsgebiet ist, sind allerdings nur wenige dieser Programme bislang systematisch auf ihre langfristige Wirksamkeit hin überprüft worden (Dannigkeit, 2004; Jacobi et al., 2005; Taylor et al. 2006).

Efforts to prevent eating disorders may represent the fastest growing area of research in the field, with novel, creative approaches being evaluated in Australia, Europe, Canada, and the United States. Few areas engender more debate and passion. Yet it seems clear that treatment alone cannot eliminate eating disorders. ... However, current efforts to prevent eating disorders or their precursors have met with mixed success and, of greater concern, are sometimes associated with negative effects. (Striegel-Moore & Smolak, 2002, S. 213)

Zahlreiche Studien (z. B. Carter, Stewart, Dunn & Fairburn, 1997; Killen et al., 1993) berichten zwar über gesteigertes Wissen der Programmteilnehmer über gesunde Ernährung und Essstörungen im Anschluss an die Programmteilnahme, dauerhafte Einstellungs- sowie Verhaltensänderungen wurden jedoch weitaus seltener beobachtet (J. Pearson, Goldklang & Striegel-Moore, 2002; einen Überblick über relevante Studien bis 2003 findet sich bei Dannigkeit, 2004; Levine & Piran, 2002; Stice & Hoffman, 2004). Vereinzelt wurden sogar negative Auswirkungen auf die Programmteilnehmer, z. B. Zunahme eines gezügelten Essstils, beschrieben (Carter et al., 1997; Mann et al., 1997).

Als mögliche Ursachen werden u. a. methodische Schwächen (Fehlen von Wartelisten- und Placebokontrollgruppen, fehlende Randomisierung, kein Längsschnittstudien-design, Einsatz nicht validierter Messinstrumente, zu kleine Stichproben, fehlende Erhebung von Variablen klinisch relevanter Essstörungspathologie), eine mangelhafte theoretische Fundierung der Programmbausteine sowie die mangelnde Berücksichtigung soziokultureller Bedingungen (Betonung der individuellen psychologischen Perspektive gegenüber der kontextuellen sozialen und ökonomisch-politischen) in vielen Präventionsprogrammen diskutiert (Austin, 2000; Stice & Hoffmann, 2004).

Als besonders erfolgreich haben sich *selektive/risikogruppenorientierte* (versus universelle), *interaktive* (versus didaktische), *mehrere Lektionen umfassende* (versus Einzellektion) *Präventionsmaßnahmen* herausgestellt, die ausschließlich an Mädchen/Frauen adressiert und deren Teilnehmerinnen älter als 15 Jahre alt sind, und die von besonders geschultem Fachpersonal durchgeführt werden (Stice, Shaw & Marti, 2007).

Um gezielte und noch wirksamere präventive Programme zu entwickeln, welche wissenschaftlichen und politischen Qualitätsstandards genügen, und um ineffektive Maßnahmen möglichst zu verhindern, müssen zunächst die Entstehungsmechanismen geklärt und Bedingungen identifiziert werden, die zum einen das Auftreten und die Aufrechterhaltung von Essstörungsproblematiken begünstigen (Risikofaktoren), zum anderen die Menschen gesund erhalten (Schutzfaktoren) (Fairburn, 1995).

Im nächsten Kapitel sollen deshalb potenzielle Risiko- und Schutzfaktoren für Essstörungen erläutert sowie das Risikofaktorenmodell, welches dieser Dissertation zu Grunde liegt, vorgestellt werden.

2.3 Erklärungsmodelle zur Ätiologie und Aufrechterhaltung

2.3.1 Integrative Modelle von Essstörungen

Die Entstehung einer Essstörung kann zum jetzigen Zeitpunkt von keinem der klassischen Störungsmodelle (kognitiv-behavioral, psychodynamisch, biologisch) mit ausreichender Zuverlässigkeit vorhergesagt werden. Ein einheitliches, empirisch belegtes Modell zur Pathogenese und Aufrechterhaltung existiert bislang weder für die BN und die BES noch für die AN.

Im Rahmen gegenwärtiger *biopsychosozialer Modelle* wird von einer multifaktoriellen Verursachung von Essstörungen ausgegangen (*multidimensionales Risikomodell*), bei der biologische, innerseelisch-psychodynamische, psychosoziale sowie soziokulturelle Faktoren ineinandergreifen und sich gegenseitig verstärken. Die verschiedenen Modelle unterscheiden sich lediglich in ihrer unterschiedlichen Betonung dieser Faktoren, wobei es bis heute an einer umfassenden Integration biologischer Faktoren mit psychologischen sowie soziokulturellen Variablen mangelt (Comer, 2001, Kap. 11; Herpertz, 2000a; Laessle & Kim, 2009; Laessle, Wurmser & Pirke, 2000; Striegel-Moore & Cachelin, 2001). Ein Überblick über die wenigen multivariaten Modelle, die bislang prospektiv evaluiert wurden, findet sich bei Stice (2002a, 2002b).

Weiterhin können *prädisponierende Faktoren* (z. B. das in der Gesellschaft vorherrschende Schlankheitsideal, Interaktionsstörungen in der Familie, individuelle Lernerfahrungen im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme, Neigung zu höherem Körpergewicht, dysfunktionale Denkschemata, geringes Selbstwertgefühl), *auslösende Ereignisse* (z. B. Trennungs- und Verlusterfahrungen, strikte Reduktionsdiät/gezügelter Essverhalten, einschneidende Veränderungen im sozialen Umfeld, geringschätzige Äußerungen von bedeutsamen Bezugspersonen bezüglich der Figur, des Gewichts oder des Aussehens) sowie *aufrechterhaltende Bedingungen* (z. B. positive Verstärkung durch Gewichtsverlust, biologische Teufelskreise, Komorbidität) differenziert werden (Herpertz, 2000b; Laessle et al., 2000; Tuschen-Caffier et al., 2005, Kap. 1).

Obwohl sich in der psychotherapeutischen Behandlung von essgestörten Patienten v. a. kognitiv-behaviorale Modelle und Therapiestrategien sehr bewährt haben (Fairburn & Harrison, 2003), ist jedoch laut Jacobi und Kollegen „der Grad der empirischen Absi-

cherung für die verschiedenen Faktoren sehr unterschiedlich“ (Jacobi, Paul & Thiel, 2004, S. 21).

Abbildung 2.1 zeigt exemplarisch das multifaktorielle Modell von Essstörungen nach Laessle et al. (2000). Ähnliche Modelle finden sich u. a. auch bei Jacobi, Paul und Thiel (2004), Meermann und Borgart (2006), Tuschen-Caffier und Florin (2002) sowie Waadt, Laessle und Pirke (1992). Ein integratives Erklärungsmodell speziell für die BES zeigt Abbildung 2.2.

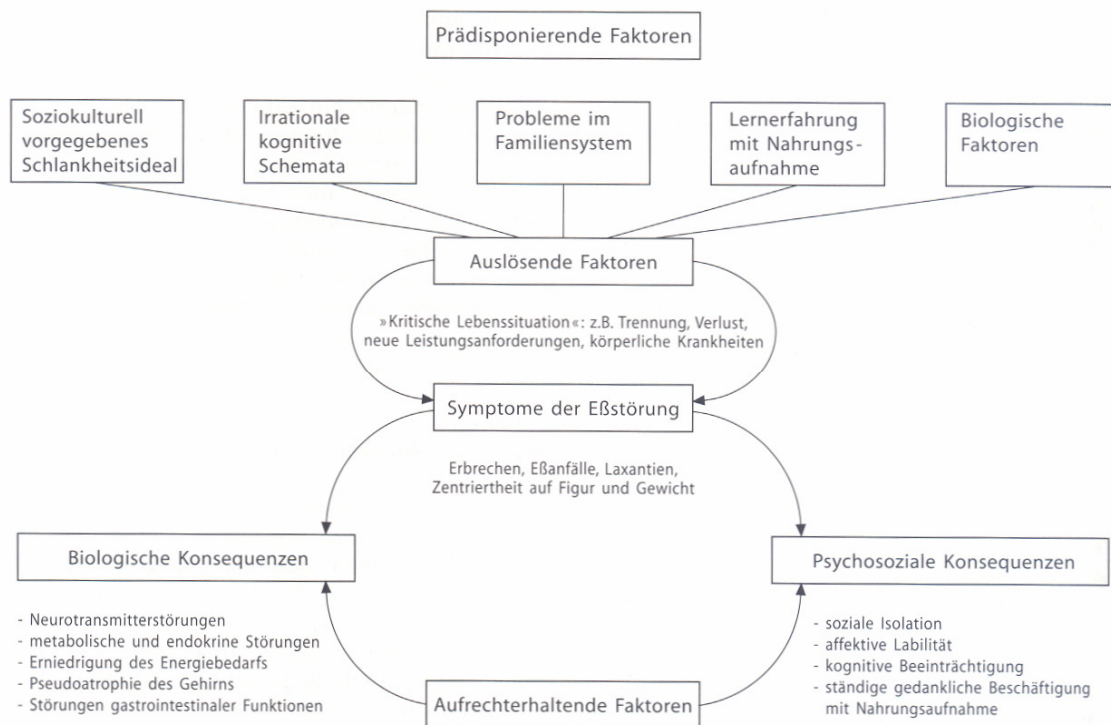


Abbildung 2.1: Zusammenfassendes Ätiologiemodell für Anorexia und Bulimia Nervosa (Laessle et al., 2000, S. 232)

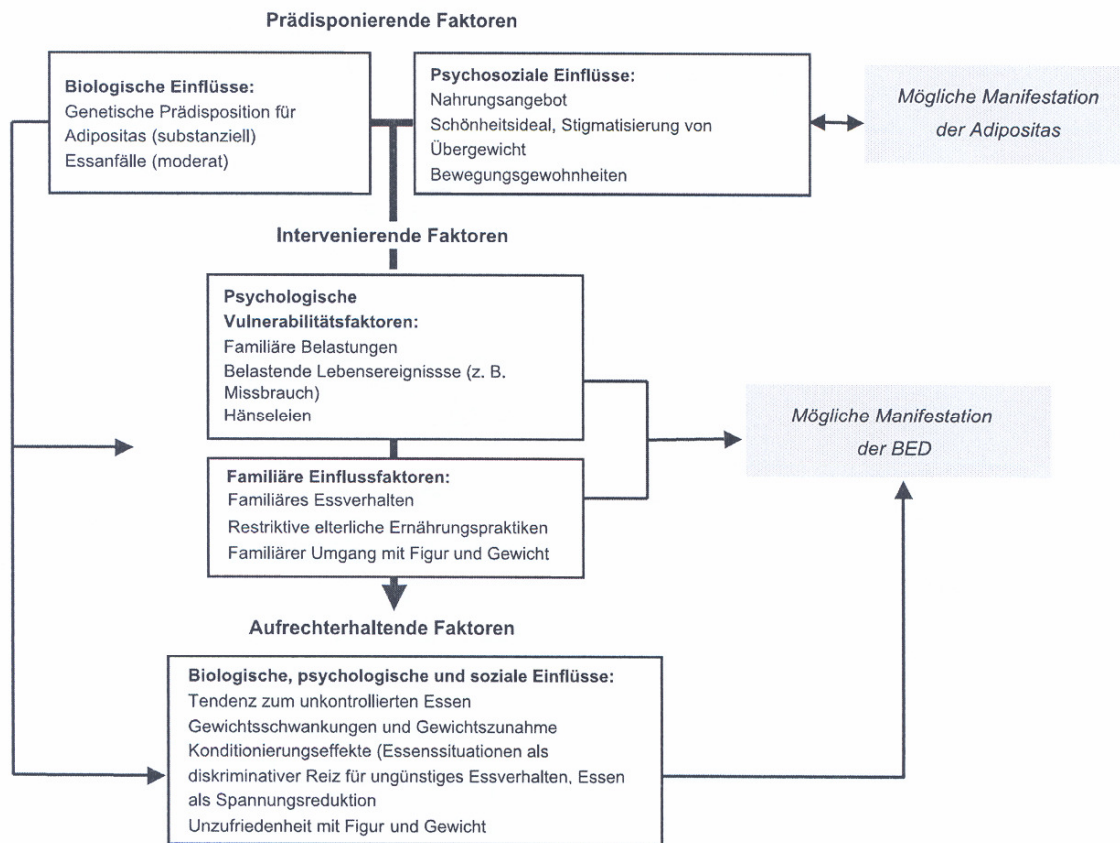


Abbildung 2.2: Integratives Erklärungsmodell der BES (Munsch & Biedert, 2009, S. 306)

2.3.2 Schutzfaktoren für die Entstehung von Essstörungen

2.3.2.1 Schutzfaktoren – allgemeine Aspekte

Da die im Kapitel 2.3.3.2 vorgestellte Typologie von Kraemer et al. (1997) sowie die damit verbundenen Methoden prinzipiell auch auf Schutzfaktoren für das Nicht-Eintreten einer Erkrankung o. ä. anwendbar sind (Jacobi & Esser, 2003), soll an dieser Stelle kurz auf die Rolle von Schutzfaktoren für Essstörungen eingegangen werden, zumal laut Bürgin und Steck (2008) „eine isolierte Betrachtung von Risiken, die nicht gleichzeitig auch protektive Prozesse berücksichtigt, in mancher Hinsicht als künstlich und wenig fruchtbar“ erscheint (S. 481).

Schutzfaktoren sind Einflussfaktoren, durch welche das Risiko zu erkranken im positiven Sinne modifiziert werden kann. Die schädlichen Auswirkungen von Risikofaktoren oder risikobehafteten Situationen werden abgeschwächt oder aufgehoben (Egle, Hoffmann & Steffens, 1997). Zwei Arten protektiver Faktoren werden in der Forschung

unterschieden: Schutzfaktoren, die in der Person verortet sind (*personale Ressourcen*, *Resilienz* = *psychische Widerstandskraft*), und Schutzfaktoren der Betreuungsumwelt des Kindes (*soziale Ressourcen*) (Jacobi & Esser, 2003).

Bei dieser Unterteilung gilt es zu berücksichtigen, dass sich nicht wenige personale Resilienzfaktoren in Beziehungen, in Interaktion mit dem familialen, sozialen und kulturellen Umfeld, entwickeln. Resilienz sollte dabei nicht als eine statische Eigenschaft, sondern vielmehr als ein interaktives Konzept verstanden werden, als eine Handlungs-, Orientierungs- oder Verarbeitungsweise, die sich in verschiedenen Lebensphasen in unterschiedlicher Form manifestieren kann, und stets im Kontext vorhandener Risiken bestimmt werden muss (Bürgin & Steck, 2008; Rutter, 2006).

Rutter (1990) formuliert diesen Zusammenhang zwischen protektiven Prozessen und Risikomechanismen folgendermaßen:

Instead of searching for broadly based protective factors, we need to focus on protective mechanisms and processes (S. 182) ..., the crucial difference between vulnerability/protection processes and risk mechanisms is that the latter lead directly to disorder (either strongly or weakly), whereas the former operate indirectly, with their effects apparent only by virtue of their interactions with the risk variable. (S. 188)

Schützende *Prozesse* – und nicht bestimmte Variablen an sich – führen mittels Interaktionen mit Risikofaktoren zu einer direkten Reduktion des Einflusses von Risikobedingungen und/oder reduzieren negative Kettenreaktionen, die infolge des Vorliegens von Risikofaktoren auftreten können. Risikoauswirkungen werden also durch bestimmte protektive Prozesse in eine günstige Richtung modifiziert (Luthar, 1993; Rutter, 1990).

Um die Widerstandsfähigkeit bestimmter Individuen angesichts eines hohen Ausmaßes an Belastung besser zu verstehen, sollten demnach spezifisch Fragen nach Art und Weise der beteiligten Prozesse gestellt werden (Luthar, 1993; Luthar, Sawyer & Brown, 2006; Rutter, 1990): „What are the types of processes via which a particular attribute might moderate the effects of risk, with reference to a specific aspect of competence?“ (Luthar, 1993, S. 451). In den letzten Jahren gewinnen in diesem Zusammenhang zunehmend Studien an Bedeutung, welche versuchen, eine biologische Perspektive in theoretische Konzepte und empirische Untersuchungen der Resilienzforschung (und der Risikoforschung) zu integrieren (Curtis & Cicchetti, 2003; O'Connor & Rutter, 1996; Rutter, 2006).

Folgende personale und soziale Ressourcen, dargestellt in Tabelle 2.6, werden in der Literatur diskutiert.

Tabelle 2.6: Protektive Faktoren nach Laucht, Esser und Schmidt (1997)

Personale Ressourcen	Soziale Ressourcen
Weibliches Geschlecht (in der Kindheit)	Stabile emotionale Beziehung zu einer Bezugsperson
Erstgeborenes Kind	Offenes, unterstützendes Erziehungsklima
Positives Temperament (flexibel, aktiv, offen)	Familiärer Zusammenhalt
Positives Selbstwertgefühl (Selbstwirksamkeit)	Modelle positiver Bewältigung
Intelligenz (> Durchschnitt)	Soziale Unterstützung
Positives Sozialverhalten (sozial attraktiv)	Positive Freundschaftsbeziehungen
Aktive Stressbewältigung	Positive Schulerfahrungen

Zu den gesicherten Schutzfaktoren innerhalb familialer Beziehungen werden von Bürgin und Steck (2008) zudem konkretisierend ein seelisch gesunder Ehe- und Beziehungspartner, der Aufbau und die Erhaltung einer guten Beziehung zu mindestens einem Elternteil/einer primären Betreuungsperson, familiäre Harmonie sowie ein „easy temperament“ genannt.

Darüber hinaus können eine bessere sozioökonomische Situation, männliches Geschlecht nach der Präpubertät, keine organischen Defizite, ein jüngeres Alter zur Zeit eines Traumas, keine frühkindlichen Trennungen oder Verlusterfahrungen, eine gute Ausbildung, Engagement in organisierter religiöser Aktivität und im Glauben, Empathie und ein guter Sinn für Humor unter das Konzept der Schutzfaktoren subsumiert werden (Bürgin & Steck, 2008). Eine weitere Zusammenfassung von in Längs- und Querschnittstudien gesicherten protektiven Faktoren im Hinblick auf die Entstehung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen findet sich bei Egle et al. (1997).

Obwohl es v. a. in den letzten beiden Jahrzehnten zu einer deutlichen Zunahme an Studien in dem Bereich Schutz- und Resilienzfaktoren gekommen ist, wurde von nicht wenigen Autoren die Nützlichkeit und die theoretische Fundierung des Resilienzkonstrukts in Frage gestellt (ein Überblick und eine Diskussion der geäußerten Kritikpunkte finden sich bei Luthar, Cicchetti und B. Becker, 2000).

Wenn man diese Auflistung potenzieller Schutzfaktoren betrachtet, wird laut Laucht et al. (1997), neben dem Problem begrifflicher Unschärfen, eines der Kernprobleme des Schutzfaktorenkonzepts deutlich: Nach Ansicht der Autoren besteht u. a. die Gefahr, dass protektive Faktoren begrifflich und methodisch nicht eindeutig von Risikofaktoren

abgegrenzt werden und lediglich das Fehlen von Risiken erfassen: Schutzfaktoren gewissermaßen als „... the reverse side of the coin of risk“ (Garmezy & Masten, 1986, S. 510).

Beispielsweise wird ein positives Selbstwertgefühl als protektiver Faktor genannt (vgl. Tabelle 2.6), ein negatives Selbstwertgefühl gilt jedoch bereits als ein empirisch gut bestätigter Risikofaktor für diverse psychische Störungen (u. a. für Essstörungen). Aufgrund dieses Problems und weiterer konzeptueller und methodischer Schwierigkeiten schlussfolgern Laucht und Kollegen (1997)

..., daß das Konzept der protektiven Faktoren kritisch zu betrachten ist. So wie es in vielen Fällen verwendet wird, stellt sich die Frage, ob es im Sinne theoretischer Sparsamkeit wirklich notwendig ist – ob es einen Nutzen besitzt jenseits des Risikokonzepts. (Laucht et al., 1997, S. 267)

Aus diesem Grund werden von verschiedenen Autoren strenge Voraussetzungen für eine sinnvolle Verwendung des Schutzfaktorenkonzepts formuliert. So müssen Schutzfaktoren u. a. begrifflich und methodisch eindeutig von Risikofaktoren abgegrenzt werden und die Definition sowie die Operationalisierung von Schutzfaktoren müssen unabhängig von derjenigen für Risikofaktoren erfolgen. Darüber hinaus wird methodisch der Nachweis einer spezifischen Interaktion von Risiko- und Schutzfaktoren postuliert: Ausschließlich dann, wenn eine Gefährdung vorliegt, ist ein protektiver Faktor besonders oder ausschließlich wirksam, werden entwicklungshemmende Einflüsse des Risikos gemildert oder beseitigt (*Puffermodell*). Weiterhin muss bei dem Nachweis von wirksamen Resilienzfaktoren beachtet werden, dass ein und dasselbe Merkmal nicht einmal als protektiver Faktor und einmal als Ergebnis einer geschützten Entwicklung betrachtet wird. Ein protektiver Faktor sollte zudem zeitlich vor einem Risikofaktor nachweisbar sein (Postulat von Längsschnittstudien) (Holtmann & Schmidt, 2004; Laucht, 1999; Laucht et al., 1997; Rutter, 1990).

In ihrem Überblicksartikel, in welchem Luthar et al. (2000) sich kritisch mit dem Resilienzkonstrukt auseinandersetzen, kommen die Autoren in der Gesamtschau zu einer insgesamt positiven Bewertung:

First, we believe that despite many challenges linked with studying this complex construct, the continuation of scientific work in this area is of substantial value. ... In short, we disagree with global negative judgments on resilience [wobei] ... there is clearly a need for resilience researchers to enhance the scientific rigor of their work. (S. 556)

Darüber hinaus sind einige Autoren inzwischen bereit, z. B. Luthar (1993) und Luthar et al. (2000), den Begriff des protektiven Faktors zu erweitern, so dass auch Entwick-

lungsbedingungen mit unspezifischer Förderwirkung darunter subsumiert werden können (*Fördermodell*).

2.3.2.2 Spezifische Schutzfaktoren für Essstörungen

Was die Erforschung von spezifischen protektiven Faktoren/Prozessen für Essstörungen anbelangt, muss konstatiert werden, dass sich bis heute kaum differenzierte Studien zu diesem Bereich finden lassen. Auch wenn davon auszugehen ist, dass viele der empirisch bestätigten Schutzfaktoren für eine Reihe psychischer Störungen – also auch für Essstörungen – eine protektive Wirkung entfalten können, sollten zukünftige Studien verstärkt spezifische Schutzfaktoren für Essstörungen untersuchen. Dies ist insbesondere für die Entwicklung sekundärer Präventionsprogramme wichtig (Crago, Shisslak & Ruble, 2002).

Für die BN werden von Rodin, Striegel-Moore und Silberstein (1990) die Nicht-Akzeptanz des Schönheitsideals seitens der Frau, ein gesellschaftlicher Wandel (u. a. in den Medien) hin zu einer allgemeinen Ablehnung des Schlankheitsideals und der Haltung einer unbegrenzten Formbarkeit des Körpers, das Zusammensein mit Freunden und Partnern mit gut regulierten Essgewohnheiten, zufriedenstellende interpersonelle Beziehungen sowie Eltern, die ihr eigenes Gewicht und das ihrer Tochter akzeptieren, als potenzielle Schutzfaktoren genannt. Des Weiteren werden sportliche Aktivität, sofern es sich nicht um Sportarten handelt, in denen Schlanksein als förderlich erachtet und überbetont wird (Crago et al., 2002), sowie die Internalisierung feministischer Werte (Fingert & Gleaves, 2004) als protektive Faktoren diskutiert.

2.3.3 Risikofaktoren für die Entstehung von Essstörungen

2.3.3.1 Allgemeine Aspekte

Der Erkenntnisstand über Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Störungen ist bisher immer noch deutlich umfangreicher als das Wissen über protektive Prozesse (Holtmann & Schmidt, 2004). In den letzten 20 Jahren hat die Risikoforschung einen enormen Aufschwung erfahren. Mehr als 1000 Studien werden mittlerweile jährlich publiziert (Brotman, Walker, Lauer & O'Brien, 2005; Cole & Maxwell, 2009). Dabei kommt der Risikofaktorenforschung innerhalb der Klinischen Psychologie ein eher geringer Stellenwert zu. Einen größeren Raum nehmen Konzepte und Definitionen des

Begriffs „Risikofaktor“ hingegen innerhalb der Entwicklungspsychopathologie, der Biostatistik und der klinischen Epidemiologie ein (Jacobi & Esser, 2003).

Insbesondere in der entwicklungspsychopathologischen Forschungstradition ist seit Beginn der 1990er-Jahre eine Zunahme an Studien zu beobachten, die potenziell relevante soziokulturelle Risikofaktoren für die Entwicklung einer Essstörungsproblematik untersuchen (Steiner et al., 2003). Daneben finden sich – ähnlich der Schutzfaktorenforschung – in der Risikofaktorenforschung der letzten Jahre zunehmend biologisch orientierte Studien. „Most research studies of these two risk domains have progressed on separate tracks, with biological factors being explored mostly in genetic studies and cultural factors explored mostly in longitudinal or experimental studies” (Striegel-Moore & Bulik, 2007, S. 184). Die Integration beider Forschungsstrategien ist dringend notwendig, um weitere Fortschritte in der Ätiologieforschung von Essstörungen zu erzielen (a. a. O.).

Es können prinzipiell zwei Gruppen von Risikofaktoren unterschieden werden: biologische oder psychologische Merkmale des Individuums (*Vulnerabilität*) und psychosoziale Merkmale der Umwelt (*Stressoren*) (Laucht, 1999). Ganz allgemein werden unter dem Begriff der *Risikofaktoren* „krankheitsbegünstigende, risikoerhöhende und entwicklungshemmende Merkmale“ prägnant zusammengefasst (Holtmann & Schmidt, 2004, S. 196), wobei diese durch vielfältige Interaktionen entscheidende *Prozesse* im Leben einer Person anstoßen oder modifizieren (Kazdin, Kraemer, Kessler, Kupfer & Offord, 1997; Kraemer, Stice, Kazdin, Offord & Kupfer, 2001).

„Risiko“, die Wahrscheinlichkeit eines Ereignisses innerhalb einer Population (Kraemer et al., 1997), kann dabei als dynamisches Konzept verstanden werden, das u. a. zwischen Populationen und über die Zeit hinweg variiert. Beispielsweise gilt Heirat als Risikofaktor für Suizid bei weiblichen Teenagern, für erwachsene Frauen stellt Heirat jedoch einen Schutzfaktor dar. Bezüglich des Eintretens einer Krankheit variieren Risikofaktoren in Abhängigkeit des Erkrankungsstadiums (ggf. andere Risikofaktoren für das Erstauftreten, die Persistenz und den Rückfall einer Erkrankung) (Jacobi & Esser, 2003; Kapur, 2000; Kraemer et al., 1997; Offord & Kraemer, 2000).

The risk factor-outcome relation depends on a number of conditions, including characteristics of the risk factor itself (e.g., duration, intensity, timing of exposure during development), the population (e.g., age, sex, ethnicity), other variables with which that factor may be associated (e.g., presence or absence of other characteristics, events, or experiences of the individual), and characteristics of the outcome (e.g., how and when the outcome is defined and measured). (Kazdin et al., 1997, S. 378)

2.3.3.2 Die Risikofaktorentypologie von Kraemer und Kollegen und ihre Anwendung auf Essstörungen durch die Arbeitsgruppe um Jacobi

Eine Schwierigkeit stellen jedoch konzeptuelle und definitorische Probleme dar, welche insbesondere im Bereich der Klinischen Psychologie mit den Begriffen „Risiko“ und „Risikofaktor“ verbunden sind. Vielfältige Begriffe (z. B. Vulnerabilitätsfaktor, Ätiologiefaktor, Prädisposition, notwendige/hinreichende Entstehungsbedingung, Diathese), die teilweise synonym mit dem Begriff „Risikofaktor“ benutzt werden, werden in der Literatur verwendet. Durch die seit einigen Jahren gestiegene Bedeutung von Schutzfaktoren und ihrer Interaktion mit Risikofaktoren wird diese konzeptuelle und begriffliche Unklarheit noch weiter verstärkt (Kraemer et al., 1997; Jacobi & Esser, 2003; Offord & Kraemer, 2000).

Solche terminologischen Unschärfen, die auch im Bereich von Essstörungen zu finden sind, führen zu Kommunikationsschwierigkeiten zwischen Forschern und erschweren die wissenschaftliche Bewertung, Einordnung und Integration von Forschungsergebnissen (Jacobi & Esser, 2003). Um diese terminologischen Mängel zu beseitigen, entwickelte eine Forschergruppe um Kraemer im Jahr 1997 eine Risikofaktorentypologie zur Klassifikation von Risikofaktoren. Von Kraemer und Koautoren wurden klare Kriterien für die Definition der Begriffe „Risiko“ und „Risikofaktor“ formuliert (Kraemer et al., 1997; Jacobi & Esser, 2003; Offord & Kraemer, 2000).

Laut Kraemer et al. (1997) handelt es sich bei einem *Risikofaktor* um eine messbare Größe, die bei jedem Untersuchungsobjekt der interessierenden Population gemessen werden kann. Diese Größe muss dem im Vorfeld definierten Ereignis (z. B. Erkrankungsbeginn, Remission oder Rückfall, *outcome*) vorausgehen (*precedence*) und in der Lage sein, die Population in zwei Gruppen, eine Hoch- und eine Niedrigrisikogruppe, aufzuteilen. Die Wahrscheinlichkeit des Eintretens des Ereignisses muss sich dabei in der Hochrisikogruppe verglichen mit der Niedrigrisikogruppe als größer erweisen.

Außerdem fordern Kraemer und Kollegen (1997), dass ein Risikofaktor neben einem statistisch signifikanten Zusammenhang mit dem Ereignis auch eine bestimmte Stärke (*potency*) aufweisen muss (Forderung nach klinischer Bedeutsamkeit), da ansonsten nahezu jeder Faktor durch große Stichproben zu einem Risikofaktor für jedes ihm nachfolgende Ereignis gemacht werden könne. Zur Erfassung der Effektstärke des Risikofaktors können diverse statistische Größen (z. B. Odds Ratio, Risk Ratio, Relatives Risiko, Attributables Risiko, Cohen's delta, Phi, Kappa) verwendet werden (Kraemer et al., 1999; Offord & Kraemer, 2000). Die Terminologie nach Kraemer und Kollegen

sowie die entsprechenden Methoden sind prinzipiell sowohl auf die Persistenz und den Rückfall einer Störung als auch auf protektive Faktoren für das Nicht-Eintreten einer Erkrankung anwendbar (Jacobi & Esser, 2003).

Fußend auf den zentralen Bedingungen der *precedence* und *potency* formulierten Kraemer et al. (1997) ihre *Typologie von Risikofaktoren*, welche in nachfolgender Tabelle 2.7 mit genauen Erläuterungen der Begriffe wiedergegeben ist. Die Anwendung dieser Typologie wird in den Vereinigten Staaten von Amerika mittlerweile bei der Genehmigung von Risikofaktorstudien über medizinische und psychologische Störungen des National Institute of Mental Health (NIMH) vorausgesetzt (Jacobi & Esser, 2003).

Tabelle 2.7: Risikofaktorentypologie von Kraemer et al. (1997) nach Jacobi und Esser (2003)

Begriff	Definition
Non-Korrelat	Es besteht <i>keine</i> Beziehung zwischen Faktor und Erkrankungsbeginn
Korrelat	Es besteht eine Beziehung zwischen Faktor und Erkrankungsbeginn
Risikofaktor	Messbare Variable; teilt die Population in eine Hoch- und Niedrigrisikogruppe; Wahrscheinlichkeit des Erkrankungsbeginns muss in der Hochrisikogruppe statistisch signifikant und klinisch bedeutsam höher sein; Faktor geht dem Erkrankungsbeginn voraus
Fester Marker	Risikofaktor, der sich nicht verändern kann oder veränderbar ist
Variabler Risikofaktor	Risikofaktor, der sich verändern kann oder veränderbar ist
Variabler Marker	Risikofaktor, der sich verändern kann oder veränderbar ist; die Manipulation oder Veränderung des Faktors verändert <i>nicht</i> das Risiko des Erkrankungsbeginns
Kausaler Risikofaktor	Variabler Risikofaktor, dessen Manipulation oder Veränderung die Wahrscheinlichkeit des Erkrankungsbeginns verändert

Diese Typologie wurde von Jacobi, Hayward, de Zwaan, Kraemer und Agras (2004) erstmals auf in der Literatur diskutierte, potenzielle Risikofaktoren für Essstörungen mit dem Ziel angewandt, eine eindeutigere, einheitlichere und systematischere Verwendung des Risikofaktorenbegriffs für den Bereich der Essstörungen einzuführen.

Darüber hinaus wurden von Jacobi und Esser (2003) zentrale Erfassungsmethoden und Studiendesigns zur Erhebung der formulierten Risikokonstrukte beschrieben. Den

Autoren erschien diese „Neudefinition“ einer Typologie für Essstörungen notwendig, da in der Literatur mittlerweile mehr als 30 „Risikofaktoren“ für Essstörungen in mehreren hundert Studien diskutiert werden, aber – wie bereits erwähnt – der Risikofaktorenbegriff auch in der Essstörungsforschung mit konzeptuellen und definitorischen Problemen behaftet ist (Jacobi & Esser, 2003).

Zusätzlich zu obigen Definitionen führen Jacobi und Koautoren den Begriff des *retrospektiven Korrelats* ein. Bei retrospektiven Korrelaten handelt es sich um Faktoren vor Beginn einer Störung, die in Querschnittstudien retrospektiv anhand von Aussagen des untersuchten Individuums (z. B. mittels Interview) erfasst werden. Da jedoch von Verzerrungen aufgrund von Erinnerungsfehlern auszugehen ist, genügen retrospektive Korrelate nicht den strengen Kriterien zur Klassifizierung von Risikofaktoren im Sinne der Kraemerschen Typologie (Jacobi & Neubert, 2005).

Für ihren Übersichtsartikel haben Jacobi, Hayward et al. (2004) 320 Studien inkludiert und ausgewertet. Unter strenger Anwendung der Typologie von Kraemer und Kollegen konnten nur die wenigsten der in der Literatur zumeist im Rahmen von Querschnittstudien erhobenen „Risikofaktoren“ die Kriterien eines Risikofaktors erfüllen.

Die folgenden in Tabelle 2.8, Tabelle 2.9 und Tabelle 2.10 dargestellten Faktoren wurden von Jacobi, Hayward und Kollegen (2004) nach Sichtung der Literatur entweder als Risikofaktoren oder als retrospektive Korrelate identifiziert.

Tabelle 2.8: Risikofaktoren und retrospektive Korrelate für AN nach Jacobi und Fittig (2008), Jacobi, Hayward et al. (2004) und Jacobi und Neubert (2005)

Zeitpunkt	Risikofaktoren und retrospektive Korrelate für AN
Geburt	<ul style="list-style-type: none"> • Genetische Faktoren • Weibliches Geschlecht • Nichtasiatische Ethnizität • Schwangerschaftskomplikationen, Schwangerschaftsdauer • Frühgeburt, Geburtstrauma • Geburten zwischen April und Juli
Kindheit	<ul style="list-style-type: none"> • Frühkindliche Gesundheitsprobleme • Verdauungsprobleme, wählerisches Essverhalten, anorektische Symptome • Esskonflikte, Kämpfe um Mahlzeiten, unangenehme Mahlzeiten • Adoption und Pflegeunterbringung • <i>Fütter- und gastrointestinale Probleme</i> • <i>Kindliche Schlafstörung</i> • <i>Überbesorgter elterlicher Erziehungsstil</i>

	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Angststörungen in der Kindheit</i> • <i>Zwanghafte Persönlichkeitsstörungen und Charakterzüge</i> • <i>Sexueller Missbrauch, negative Lebensereignisse</i> • <i>Hohes Maß an Einsamkeit, Schüchternheit und Minderwertigkeit</i>
Adoleszenz	<ul style="list-style-type: none"> • Adoleszentes Alter • Früher Pubertätsbeginn • Übermäßige Beschäftigung mit Figur und Gewicht, Durchführen von Diäten (Binge-Eating-Subtyp) • Neurotizismus • <i>Akkulturation</i> • <i>Übertriebenes Sporttreiben</i> • <i>Zwangsstörung</i> • <i>Körperdysmorphie Störung</i> • <i>Stärkere Belastung durch persönliche, umgebungs- und diätbezogene Risikobereiche (z. B. negative Selbstbewertung, Perfektionismus)</i>

Anmerkung: Retrospektive Korrelate sind kursiv dargestellt.

Tabelle 2.9: Risikofaktoren und retrospektive Korrelate für BN nach Jacobi und Fittig (2008), Jacobi, Hayward et al. (2004) und Jacobi und Neubert (2005)

Zeitpunkt	Risikofaktoren und retrospektive Korrelate für BN
Geburt	<ul style="list-style-type: none"> • Genetische Faktoren • Weibliches Geschlecht • Nichtasiatische Ethnizität • Schwangerschaftskomplikationen • Geburten zwischen April und Juli
Kindheit	<ul style="list-style-type: none"> • Frühkindliche Gesundheitsprobleme • Angst – Depression • Sexueller Missbrauch, körperliche Vernachlässigung • Pica, Schwierigkeiten beim Füttern • <i>Überängstlichkeit in der Kindheit</i> • <i>Kindliche Schlafstörung</i> • <i>Übergewicht in der Kindheit</i>
Adoleszenz	<ul style="list-style-type: none"> • Adoleszentes Alter • Früher Pubertätsbeginn • Übermäßige Beschäftigung mit Figur und Gewicht, Diäten, negatives Körperselbstbild • Negative Emotionalität, generelle Psychopathologie • Niedriges Selbstwertgefühl, Ineffektivität • Ungünstige Interaktionsformen in der Familie (z. B. zu geringe Zuneigung der Eltern) • Psychiatrische Morbidität, negative Affektivität • Erhöhter Alkoholkonsum (letzter Monat) • Youth-Self-Report „unbeliebt“, „aggressiv“

	<ul style="list-style-type: none"> • Hohes Ausmaß an Neurotizismus • Negative Lebensereignisse • Niedrige Interozeption • Flucht-Vermeidungs-Copingstil • Mangelnde soziale Unterstützung • <i>Akkulturation</i> • <i>Sexueller Missbrauch, negative Lebensereignisse</i> • <i>Stärkere Belastung durch persönliche, umgebungs- und diätbezogene Risikobereiche (z. B. negative familiäre Erfahrungen, elterlicher Alkoholismus, Depression, Drogenmissbrauch, elterliches Übergewicht, kritische Anmerkungen der Eltern zu Gewicht und Figur, wenig Kontakt, hohe Erwartungen)</i> • <i>Soziale Phobie</i> • <i>Prodromalsymptome</i> • <i>Hohes Maß an Schüchternheit</i>
--	--

Anmerkung: Retrospektive Korrelate sind kursiv dargestellt.

Tabelle 2.10: Risikofaktoren und retrospektive Korrelate für BES nach Jacobi und Fitig (2008), Jacobi, Hayward et al. (2004) und Jacobi und Neubert (2005)

Zeitpunkt	Risikofaktoren und retrospektive Korrelate für BES
Geburt	<ul style="list-style-type: none"> • Genetische Faktoren • Weibliches Geschlecht • Nichtasiatische Ethnizität
Kindheit	<ul style="list-style-type: none"> • Sexueller Missbrauch, körperliche Vernachlässigung • <i>Wahrgenommene elterliche Vernachlässigung und Ablehnung</i> • <i>Übergewicht in der Kindheit</i>
Adoleszenz	<ul style="list-style-type: none"> • Diäten • Niedriges Selbstwertgefühl • Hohe Bedeutsamkeit der Figur, übermäßige Beschäftigung mit der Figur und sozialer Druck, schlank zu sein • Negative Lebensereignisse • Flucht-Vermeidungs-Copingstil • Mangelnde soziale Unterstützung • <i>Stärkere Belastung durch persönliche, umgebungs- und diätbezogene Risikobereiche (z. B. negative Selbstbewertung, Major Depression, kennzeichnende Probleme im Benehmen, absichtliche Selbstverletzung; stärkere Aussetzung elterlicher Kritik, hohe Erwartungen, minimale Zuneigung, geringes Engagement der Eltern sowie geringe mütterliche Fürsorge und hohe Überbehütung)</i> • <i>Sexueller Missbrauch, wiederholter schwerer körperlicher Missbrauch</i> • <i>Schikane, Diskriminierung, kritische Kommentare der Familie zu Figur, Gewicht oder Essen und Sticheleien über Figur, Gewicht, Essen oder Äußeres</i>

Anmerkung: Retrospektive Korrelate sind kursiv dargestellt.

Als einer der wohl am besten belegten und klinisch bedeutsamsten Risikofaktoren für Essstörungen kann neben einem weiblichen Geschlecht und einem negativen Selbstwertgefühl das Konstrukt der *Weight Concerns* gelten, welches, neben der übermäßigen Sorge um die eigene Figur und das Gewicht, Diäthalten, ein negatives Körperselbstbild und die ständige Beschäftigung mit einem schlanken/dünnen Körper umfasst. Obwohl verschiedene Untersuchungen jeweils Teilbereiche des Konstrukts mit unterschiedlichen Operationalisierungen untersucht haben, ergaben sich dennoch höchst konsistente Befunde bezüglich der Bedeutsamkeit von Weight Concerns für die Entstehung vollständiger und partieller Essstörungen (Jacobi & Fittig, 2008; Jacobi, Hayward et al., 2004; Jacobi & Neubert, 2005; Killen et al., 1996; Killen et al., 1994; Stice & Agras, 1998; Taylor et al., 2003). Nicht zuletzt deshalb gehört die übermäßige Bedeutsamkeit von Figur und Gewicht für die Selbstbewertung zu den offiziellen Diagnosekriterien einer AN und BN nach DSM-IV-TR (APA, 2000/2003).

Nach Stice (2002a), der sich in seinem Review ebenfalls an der Risikofaktorentypologie von Kraemer et al. (1997) orientiert, und im Wesentlichen zu vergleichbaren Ergebnissen kommt wie Jacobi und Fittig (2008), Jacobi, Hayward et al. (2004) und Jacobi und Neubert (2005), können u. a. folgende Zusammenhänge als empirisch bestätigt gelten:

- **erhöhter Body Mass Index (BMI):** Risikofaktor für erhöhten wahrgenommenen soziokulturellen Druck, schlank zu sein, Körperunzufriedenheit und Diätverhaltensweisen
- **wahrgenommener soziokultureller Druck, schlank zu sein, Internalisierung des Schlankheitsideals:** Risikofaktoren für Körperunzufriedenheit, Diätverhaltensweisen, negative Emotionalität und bulimische Symptomatik; wichtige Rolle auch bei der Aufrechterhaltung bulimischer Symptome
- **Körperunzufriedenheit:** Risikofaktor für Diätverhaltensweisen, negative Emotionalität, gestörtes Essverhalten; wichtige Rolle auch bei der Aufrechterhaltung bulimischer Symptome
- **Negative Emotionalität:** Risikofaktor für gestörtes Essverhalten, Körperunzufriedenheit und erhöhte Kalorienaufnahme; wichtige Rolle auch bei der Aufrechterhaltung von binge-eating Symptomen
- **Perfektionismus:** Risikofaktor für bulimische Symptomatik; wichtige Rolle auch bei der Aufrechterhaltung bulimischer Symptome

Auch in der viel zitierten und an der Kraemerschen Typologie orientierten McKnight Studie stellten sich der wahrgenommene soziale Druck, schlank sein zu müssen, sowie eine übermäßige Beschäftigung mit einem schlanken Körper als stabile und wichtige Risikofaktoren für die Entwicklung einer Essstörung im Jugendalter heraus (The McKnight Investigators, 2003). Die Rolle beider Faktoren für die Entwicklung von Körperunzufriedenheit wurde auch in einer aktuellen Metaanalyse bestätigt (Cafri, Yamamiya, Brannick & Thompson, 2005).

Erst in den letzten Jahren finden sich vermehrt Studien, die sich innerhalb der Risikoforschung für Essstörungen der Frage nach geschlechtsspezifischen Unterschieden widmen und das Thema Essstörungen bei männlichen Jugendlichen und Männern in den Fokus der Aufmerksamkeit rücken (z. B. Elgin & Pritchard, 2006; Halliwell & Dittmar, 2006; Hospers & Jansen, 2005; Lewinsohn et al., 2002; Muise, Stein & Arbess, 2003; Muris, Meesters, van de Blom & Mayer, 2005; Varnado-Sullivan, Horton & Savoy, 2006; Woodside et al., 2001).

In der vorliegenden Dissertationsschrift wurde nun fußend auf den Befunden der Forschergruppen um Jacobi (Jacobi & Fittig, 2008; Jacobi, Hayward et al., 2004; Jacobi & Neubert, 2005) und Stice (2002a) eine empirisch bestätigte Auswahl an Risikofaktoren für Essstörungen an einer deutschen Stichprobe junger Frauen untersucht und deren Vorliegen in Zusammenhang mit dem durch die Medien transportierten Schlankheitsideal sowie der Rolle von Peers, Partnern und elterlichen Einflüssen gebracht. Da sich bezüglich der Mechanismen der Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen über die verschiedenen Essstörungen hinweg mehr Gemeinsamkeiten als Unterschiede finden lassen (Tuschen-Caffier et al., 2005, Kap. 1), wurde bei der Auswahl von bewährten Risikofaktoren nicht hinsichtlich ihrer Spezifität für bestimmte Essstörungen unterschieden.²

Studien, die den Einfluss soziokultureller (Schlankheitsideal) und sozialer (Einflüsse von Eltern, Peers, Partnern) Risikofaktoren beleuchten, werden im Folgenden referiert.

2.3.3.3 Soziokulturelle und soziale Faktoren

Every society has a way of torturing its women, whether by binding their feet or by sticking them into whalebone corsets. What contemporary American culture has come up with is designer jeans (Joel Yager, M. D.). (Derenne & Beresin, 2006, S. 257)

² Dem an der Fragestellung der Spezifität interessierten Leser seien die Artikel von Jacobi und Neubert (2005), Jacobi, Hayward et al. (2004) und Steiner et al. (2003) empfohlen.

Die Internalisierung des in der westlichen Gesellschaft vorherrschenden Schlankkeitsideals, welches von der Mehrheit der weiblichen Population nicht erreicht werden kann, und die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper stellen Risikofaktoren sowie konsistente und robuste Aufrechterhaltungsfaktoren für Essstörungen dar und begünstigen zudem andere Faktoren (z. B. das Durchführen von Diäten, reduziertes Selbstwertgefühl), die als Risikofaktoren für Essstörungen beschrieben sind (Borzekowski & Bayer, 2005; Fairburn et al., 2003; Halliwell & Harvey, 2006; Stice & Agras, 1998).

Studien haben belegt, dass ein Großteil junger Mädchen und Frauen mit der eigenen körperlichen Erscheinung und dem Körpergewicht unzufrieden ist und diese Unzufriedenheit sowie das Nicht-Erreichen des propagierten und verinnerlichten Schlankkeitsideals mit depressiven Verstimmungen und weiteren psychopathologischen Auffälligkeiten einhergehen kann (Presnell, Bearman & Stice, 2004; Stice & Whitenton, 2002).

Welches unerreichbare Schönheitsideal von einer Gesellschaft als das anzustrebende angesehen wird, variiert in Abhängigkeit von der gesellschaftlichen Epoche und der Kultur. Beispielsweise galten im China des 12. und 13. Jahrhunderts kleine und zierliche Frauenfüße als Zeichen von Schönheit und sexueller Attraktivität, was zahlreiche Chinesinnen der damaligen Zeit veranlasste, ihre Füße zu schnüren, um so deren Wachstum zu verhindern. Zwischen 1400 und 1700 (Zeit der Renaissance und des Barock) galten üppige Frauen und Männer als attraktiv. Erinnerung sei auch an die Praxis des Korsettschnürens (19. Jahrhundert) und des Brustabbindens (Anfang des 20. Jahrhunderts) unter Frauen der westlichen Gesellschaft. In Deutschland folgten das Ideal der mütterlichen, athletisch gestählten, blonden und blauäugigen Frau (Hitler-Regime), abgelöst von dem fülligeren Ideal der 50er-Nachkriegsjahre (Marilyn Monroe), gefolgt von dem Ideal des hageren, knochigen, flachbrüstigen Frauenkörpers der 60er (Twiggy). All diese Praktiken dienten dazu, den als unvollendet und verbesserungswürdig erachteten weiblichen Körper zu formen, und dem vorherrschenden Schönheitsideal anzunähern, häufig unter massiven medizinischen und psychischen Folgeschäden (Cafri et al., 2005; Derenne & Beresin, 2006; Thompson, Heinberg, Altabe & Tantleff-Dunn, 1999, S. 85-124; Wilfley & Rodin, 1995).

Bereits vor über 20 Jahren sind Striegel-Moore und Kollegen in ihrem viel zitierten Artikel (Striegel-Moore, Silberstein & Rodin, 1986) u. a. der Frage nachgegangen, warum gerade weibliches Geschlecht als Risikofaktor für die Entwicklung einer Essstörung (Bulimie) zu gelten hat, und warum gerade das Störungsbild der Bulimie steigende Prävalenzraten aufweist. Nach Striegel-Moore et al. (1986) lernen Frauen bereits als

junge Mädchen – im Gegensatz zu Jungen – sehr früh, dass soziale Zuwendung und eine positive Bewertung stark von ihrer äußeren Erscheinung abhängig sind. Die Botschaft „thin is beautiful“ und „beautiful is good“ (Striegel-Moore et al., 1986, S. 247) wird in den westlichen Industrieländern auf vielfältige Weise durch Medien (z. B. Frauenzeitschriften, Werbespots, Fernsehfilme) transportiert und ist v. a. an Frauen adressiert.³ Schlanken und attraktiven Frauen werden dabei im Vergleich zu ihren weniger schlanken und attraktiven Geschlechtsgenossinnen positivere Attribute wie Kontaktfreudigkeit, Selbstbewusstsein, psychische Gesundheit, Intelligenz, Anstand und angemessenes soziales Handeln, Selbstkontrolle, Erfolg und Kompetenz zugeschrieben (Engeln-Maddox, 2006; Rathner, 1996; Stice, 1994). Dieses Schlankheitsideal und Vorurteile gegenüber Dicken werden bereits ab einem Alter von 7 Jahren von Kindern, sowohl von Mädchen als auch von Jungen, übernommen (Champion & Furnham, 1999; Rathner, 1996). Insbesondere in Subgruppen, in welchen schlank sein zu müssen besonders betont wird (z. B. in der Gruppe weiblicher Athleten bestimmter Sportarten wie Balletttänzerinnen, Eiskunstläuferinnen), wurde ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Essstörungsproblematik berichtet (Sundgot-Borgen, 1994).

Während seit Jahrzehnten das von den Medien suggerierte Schönheitsideal eine zunehmend schlankere Erscheinung favorisiert (z. B. präsentieren Cover von Modezeitschriften und Modeschauen immer dünnere weibliche Modelle), kann paradoxerweise eine Zunahme des durchschnittlichen Körpergewichts von Frauen unter 30 Jahren konstatiert werden (Garner, Garfinkel, Schwartz & Thompson, 1980; Hsu, 1989; Stice, 1994; Striegel-Moore et al., 1986; Wiseman, Gray, Mosimann & Ahrens, 1992). Im Vergleich zu früher ist ein durchschnittliches Fotomodel von heute 23 % dünner als die Durchschnittsfrau (vor 25 Jahren 8 %) (Derenne & Beresin, 2006). Nur ca. 4 % aller Frauen sind aufgrund ihrer biologischen Disposition in der Lage, das aktuelle Schlankheitsideal ohne massive Diätrestriktionen und exzessiver sportlicher Betätigung zu erreichen. Eine Frau unter 40000 erfüllt hinsichtlich Größe, Figur und Gewicht die Anforderungen eines professionellen Models (Hawkins, Richards, Granley & Stein, 2004; Irving, 2001).

Garner und Kollegen (Garner et al., 1980) erhoben in ihrer Untersuchung u. a. Daten zu Größe, Gewicht und Alter von Kandidatinnen zur Miss America Wahl von 1959 bis 1978. Umgerechnet auf die Körpergröße wogen die Bewerberinnen jedes Jahr 0.13 Kilo

³ Siehe aktuelle Fernsehshows wie z. B. „Germany’s Next Topmodel“ des Models Heidi Klum (PRO 7).

weniger, die Siegerinnen sogar 0.17 Kilo. Dieser Trend zunehmend schlanker Körperproportionen fand sich auch bei den Playmates des Monats der Zeitschrift Playboy und hat sich über das Jahr 1978 hinaus fortgesetzt, wie in neueren Studien nachgewiesen wurde (Katzmarzyk & Davis, 2001; Owen & Laurel-Seller, 2000; Spitzer, Henderson & Zivian, 1999; Wiseman et al., 1992).

Diese zunehmende Diskrepanz zwischen dem tatsächlichen und dem gewünschten Körpergewicht stellt eine der Ursachen für die in der westlichen Gesellschaft bei Frauen vorliegende normative Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und dem Gewicht dar und ist verantwortlich für die Zunahme von Diätverhaltensweisen und dem so genannten Fitnesswahn (Brownell, 1991; Sobal, 1995). Sowohl Garner et al. (1980) als auch Wiseman et al. (1992) fanden darüber hinaus eine gestiegene Anzahl an Artikeln über Diäten und Fitness in sechs verbreiteten Frauenmagazinen.

Von dem beschriebenen Schlankheits- und Fitnesswahn profitieren in erheblichem Maß ein riesiger Markt an Diätprodukten, die Fitnessindustrie sowie die kosmetische Chirurgie als Anbieter von medizinisch nicht notwendigen Schönheitsoperationen. So ist seit den späten 1950er-Jahren eine Zunahme an Artikeln über Diäten und eine Zunahme an Werbeanzeigen für Diätprodukte in Frauenzeitschriften feststellbar. Bereits Kinder werden als potenzielle Konsumenten von Mode, Kosmetik und Fitnessprodukten mittels umfangreicher Werbekampagnen beeinflusst (Brownell, 1991; Delinsky, 2005; Rathner, 1996; Stice, 1994; Striegel-Moore, 1997). Auf so genannten Pro-Anorexia („pro-ana“) und Pro-Bulimia Nervosa („pro-mia“) Websites werden Mädchen und Frauen auf erschreckende Weise zu selbstschädigenden und essgestörten Verhaltensweisen ermutigt (Andrist, 2003; Borzekowski & Bayer, 2005).

Bei jungen Mädchen besteht zwischen dem Selbstwertgefühl und der Bewertung der eigenen Figur ein deutlicher Zusammenhang (Guyot, Fairchild & Hill, 1981; Striegel-Moore et al., 1986). Zudem definieren sich Mädchen in der Adoleszenz viel stärker als ihre gleichaltrigen männlichen Peers über soziale Beziehungen und Bewertungen (Halliwell & Harvey, 2006; Striegel-Moore, 1995, S.227: „the relational self“; Striegel-Moore et al., 1986). Ab einem Alter von 11 Jahren, wenn das gängige Schönheits- und Schlankheitsideal vor dem Hintergrund der körperlichen Veränderungen der Pubertät nicht mehr (so leicht) erreicht werden kann, weisen junge Mädchen eine stetig zunehmende Unzufriedenheit mit der eigenen Figur und dem eigenen Gewicht auf. Das Selbstwertgefühl wird kontinuierlich brüchiger, soziokulturelle Einstellungen bezüglich

Schönheit und Schlankheit verfestigen sich, ebenso nimmt die Tendenz zu sozialen Vergleichen zu (Clay, Vignoles & Dittmar, 2005).

Hänseleien durch Peers sowie die Vorstellung, dünner mehr gemocht zu werden, wurden bei Jugendlichen und bereits bei Kindern in Zusammenhang mit persönlichem Leid, Gewichtssorgen, Körperunzufriedenheit und Diätverhalten gebracht (Bell & M. J. Cooper, 2005; Berger et al., 2005; Ghaderi, 2001; Neumark-Sztainer et al., 2002; Oliver & Thelen, 1996; Thompson et al., 1999, S. 151-174).

Beispielsweise fanden Stormer und Thompson (1996) in ihrer Untersuchung, dass Hänseleien ein konsistenter Prädiktor von Körperselbstbildstörungen und Störungen des Essverhaltens bei jungen Frauen darstellen. Insbesondere bei Mädchen mit Normalgewicht scheint es einen starken Zusammenhang zwischen der Beeinflussung durch die Peergruppe und der Durchführung ungesunder Maßnahmen zur Gewichtskontrolle (selbstinduziertes Erbrechen, Einnahme von Laxantien, Diuretika und Diätpillen, Durchführung von Nulldiäten und Formula-Diäten, Auslassen von Mahlzeiten, erhöhter Zigarettenkonsum) zu geben (Eisenberg, Neumark-Sztainer, Story & Perry, 2005). Je stärker dabei die Überzeugung ausgeprägt ist, Schlankheit wirke sich günstig v. a. auf Freundschaftsbeziehungen zu männlichen Peers aus, desto wahrscheinlicher kommt es zu Gewichtssorgen, Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und Diätverhaltensweisen (Gerner & Wilson, 2005).

Paxton, Schutz, Wertheim und Muir (1999) fanden in ihrer Untersuchung heraus, dass unter den Mitgliedern von Mädchencliquen ein ähnliches Ausmaß an Sorge um die Figur und das Gewicht, gezügeltem Essverhalten und ungesunden Abnehmstrategien verbreitet ist. In Gruppen, in welchen die Sorge um die Figur und das Gewicht und ungesunde Abnehmstrategien besonders stark ausgeprägt sind, wird gehäuft von Abnehmversuchen und Diäten, sozialen Vergleichen hinsichtlich der Figur, von Hänseleien aufgrund der Figur und des Gewichts, gegenseitiger Beeinflussung bei Diätentscheidungen sowie der Dominanz der Themen Abnehmen und Diäten berichtet. Die Einstellung von Freundinnen beeinflusst signifikant die Sorge um die Figur und das Gewicht und das Essverhalten des einzelnen Gruppenmitglieds. Ebenso konnte die Verwendung ungesunder Maßnahmen zur Gewichtsabnahme von einem Mädchen über die Häufigkeit des Gebrauchs dieser Maßnahmen in der Clique vorhergesagt werden (Paxton et al., 1999).

Als vermittelnde Prozesse zwischen dem wahrgenommenen Druck, schlank sein zu müssen, und gestörtem Essverhalten, Körperunzufriedenheit und negativer Emotionalität werden neben der Internalisierung des Schlankheitsideals u. a. soziale Vergleichs-

prozesse, ein das äußere Erscheinungsbild betonendes Selbstschema, wahrgenommene Diskrepanzen zwischen dem realen und idealen Aussehen/Selbst, der Grad der erlebten allgemeinen Selbstbestimmtheit des Handelns („global self-determination“) sowie eine positive Haltung gegenüber schlanken medialen Persönlichkeiten diskutiert (Bessenoff, 2006; T. F. Cash, D. W. Cash & Butters, 1983; Halliwell & Dittmar, 2006; Higgins, 1989; Levine & Harrison, 2004; Markus, 1977; Pelletier, Dion & Lévesque, 2004; S. S. Posavac & H. D. Posavac, 2002; Richins, 1991; Rodgers & Chabrol, 2009; Shomaker & Furman, 2007; Stormer & Thompson, 1996; Strahan et al., 2008; Thompson et al., 1999, S. 125-147; van den Berg, Thompson, Obremski-Brandon & Coover, 2002). Diese Prozesse differieren zwischen Angehörigen verschiedener Ethnizitäten (Altabe, 1998).

Über alle Studien hinweg scheinen diejenigen Personen am meisten durch Medien beeinflusst zu werden, die als hoch vulnerabel zu bezeichnen sind: „from cross-sectional to experimental designs, the groups who are most affected by thin-ideal media images are those who already are at risk for weight concerns and eating disorders“ (Borzekowski & Bayer, 2005, S. 302). Vergleichbares gilt auch für die Beeinflussbarkeit durch Peers (Shomaker & Furman, 2007).

Dennoch bleibt zu berücksichtigen, dass nicht von einfachen Ursache-Wirkungs-zusammenhängen nach dem Motto „in den Medien werden Magermodels präsentiert, deshalb entwickeln Frauen Probleme mit dem Essen“ ausgegangen werden darf (Barrett, 1997). „The sociocultural model must contend with this dialectic: Does the media give us what we want oder does it make us want what it has to give us?“ (Polivy & Herman, 2004, S. 5). Auch A. E. Becker und Hamburg (1996) äußern hierzu:

Without attending to the massive cultural overevaluation of body image and body work, critics risk becoming lost in the details of idealization of thin bodies and missing the larger problem. If the hope is to spare individuals, especially women, from the painful experience of enlisting their bodies as pawns in a futile cultural war, the media will need to change far more than dress size of its models. How to promote a view of the human body as a dwelling rather than a spectacle, a commodity, or raw material will remain a challenge for educators, parents, and health professionals. An exploration of the media's part in reflecting and shaping attitudes toward body image and body work can be a useful step toward implementing thoughtful preventive measures. (A. E. Becker & Hamburg, 1996, S. 166)

In der aktuellen Forschung werden in diesem Zusammenhang auch Faktoren der *intra-familialen Vermittlung* (familiäre Transmissionsvorgänge) soziokultureller Vorstellungen zu körperlicher Attraktivität und Schlankheit untersucht. So ist davon auszugehen, dass sowohl vorgelebte Figurunzufriedenheit und strenges gewichtsregulierendes Verhalten insbesondere der Mutter (mütterliche Modellwirkung) als auch gezieltes Loben

oder Kritik der Mutter im Zusammenhang mit Essen, Figur und Gewicht der Tochter (aktive Einflussnahme innerhalb des Erziehungsprozesses), ebenso wie Einflüsse seitens der Peers, des Partners und der Medien, an der Ausbildung von essstörungsbezogenen Denkstilen und Einstellungen beteiligt sind. Der seitens der Familie, der Peers, des Partners und der Medien vermittelte Druck, schlank sein zu müssen, trägt zu der Internalisierung des Schlankheitsideals, zur Überbewertung des äußeren Erscheinungsbildes und der Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper bei (Byely, Bastiani Archibald, Graber & Brooks-Gunn, 2000; D. Henderson-King, E. Henderson-King & Hoffmann, 2001; Rodgers & Chabrol, 2009; Striegel-Moore et al., 1986; Thompson et al., 1999, S. 175-207; Trottier, Polivy & Herman, 2007; Wertheim, Paxton & Blaney, 2004).

Beispielsweise verglichen Geissner und Schary (2005) 37 junge Frauen mit klarer Essstörungssymptomatik mit 44 jungen Frauen, die eindeutig keine Essstörungssymptome aufwiesen. Die Mütter von Töchtern mit einer heutigen Essstörungsproblematik wiesen in dieser Studie im Jugendalter ihrer Töchter – im Gegensatz zu den Müttern von Töchtern ohne Essstörungsproblematik – ein ausgeprägtes Muster an Einstellungen, Verhaltensweisen und Sprachäußerungen in Richtung soziokultureller Schlankheits- und Gewichtsvorstellungen auf. Bereits das Vorleben von Schlankheitsorientierung, gezügeltem Essen oder Gewichtsregulation bei Müttern kann ausreichen, um bei Töchtern einstellungs- und verhaltenswirksam in Richtung einer Essstörungssymptomatik zu werden (Pike & Rodin, 1991).

Neuere Arbeiten weisen darauf hin, dass der wahrgenommene Druck seitens der Peers, schlank sein zu müssen, sich im Verlauf der Adoleszenz zunehmend stärker auf die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper auswirkt als der wahrgenommene Druck seitens der Medien, der Familie und des Partners (McCabe & Ricciardelli, 2005; Presnell et al., 2004). Rodgers und Chabrol (2009) äußern hierzu in ihrem aktuellen Review jedoch: „Attempts to determine the relative importance of different sources of influence have not led to conclusive findings“ (S. 142) und “attempts to evaluate the relative importance of different sources of sociocultural pressures on body image disturbance and disordered eating have therefore met with moderate success” (S. 143).

Darüber hinaus wurden in der Literatur vielfach problematische Familienstrukturen mit dysfunktionalen Kommunikationsstilen oder Interaktionen als typisch für die *familiären Beziehungen* von anorektischen, bulimischen Frauen und Frauen mit BES beschrieben (z. B. Bruch, 1973; Casper & Troiani, 2001; Friedman, Wilfley, Welch & Kuncie, 1997; Leon, Fulkerson, Perry & Dube, 1994; Minuchin, Rosman & Baker, 1978,

zitiert nach Böhm, 1993 und Jacobi & Neubert, 2005; Polivy & Herman, 2002; Wade, Bulik & Kendler, 2001). Familiäre Auffälligkeiten zum Zeitpunkt der akuten Essproblematik können jedoch – da bislang keine longitudinalen Daten vorliegen – nicht als Risikofaktoren für Essstörungen im Sinne der Kraemerschen Typologie eingestuft werden (Jacobi & Neubert, 2005; Kraemer et al., 1997). Die meist in Querschnittstudien gefundenen Zusammenhänge lassen einen kausalen Schluss nicht zu. Unklar bleibt somit bis auf weiteres, ob die vielfach berichteten Auffälligkeiten Ursache der Essstörungsproblematik oder vielmehr deren Folge sind.

Abschließend bleibt mit Miller und Pumariega (2001) festzustellen: „Further research into the role of cultural factors associated with the development of eating disorders, and their interaction with biological and psychological factors, is critically needed“ (S. 105) und weiter “understanding how cultural forces contribute to the development of disorders is needed so that preventive interventions can be created” (S.93). Hierzu soll diese Studie einen Beitrag leisten.

3 Ausgewählte Risikofaktoren für Essstörungen: Untersuchungen an einer Stichprobe deutscher junger Frauen

3.1 *Studie 1 - Fragebogenerhebung: Zusammenhänge zwischen Risikofaktoren für Essstörungen und allgemeinen sowie essstörungsspezifischen psychopathologischen Auffälligkeiten*

3.1.1 Einleitung und Untersuchungsvariablen

Untersucht werden soll der Zusammenhang zwischen verschiedenen, empirisch bestätigten Risikofaktoren und retrospektiv erhobenen Korrelaten für Essstörungen (vgl. Kapitel 2.3.3.2) sowie deren Zusammenhang mit allgemeinen und essstörungsspezifischen psychopathologischen Auffälligkeiten. Insbesondere soll eine Hochrisikogruppe (keine manifest an Essstörungen erkrankten Frauen!) und eine Niedrigrisikogruppe für Essstörungen definiert und hinsichtlich dieser Konstrukte verglichen werden.

Da zahlreiche Studien höchst konsistent auf die Bedeutsamkeit von *Weight Concerns* für die Entstehung vollständiger und partieller Essstörungen hinweisen, wurde ein hohes Risiko für Essstörungen über das Vorliegen eines großen Ausmaßes an *Weight Concerns* operationalisiert, ein niedriges Risiko mittels Vorliegen eines niedrigen Ausmaßes (Grund, 2004; Jacobi & Fittig, 2008; Jacobi, Hayward et al., 2004; Jacobi & Neubert, 2005; Killen et al., 1996; Killen et al., 1994; Stice & Agras, 1998; Taylor et al., 2003).

Tabelle 3.1 gibt die Konstrukte wieder, die in Studie 1 untersucht wurden.

Tabelle 3.1: Untersuchte Konstrukte in Studie 1

➤ Weight Concerns: Definition der Hochrisiko- und Niedrigrisikogruppe für Essstörungen
➤ Selbstwertgefühl
➤ Körperunzufriedenheit
➤ Gezügeltes Essen, essensbezogene Sorgen, Sorgen um das eigene Gewicht/Figur
➤ Depressive Verstimmung
➤ Weitere allgemeine psychopathologische Auffälligkeiten
➤ Essstörungsspezifische psychopathologische Auffälligkeiten
➤ Internalisierung des Schlankheitsideals
➤ Body Mass Index (BMI)

3.1.2 Fragestellungen und Forschungshypothesen

Es wurden folgende Fragestellungen und Forschungshypothesen untersucht:

Hypothese 1: Junge Frauen mit einem hohen Risiko für Essstörungen weisen im Vergleich zu jungen Frauen mit einem niedrigen Risiko ein reduziertes *Selbstwertgefühl* auf.

Hypothese 2: Junge Frauen mit einem hohen Risiko für Essstörungen sind *unzufriedener mit ihrem Körper* als junge Frauen mit einem niedrigen Risiko.

Hypothese 3: Junge Frauen mit einem hohen Risiko für Essstörungen weisen stärker *gezügelter Essen*, mehr *essensbezogene Sorgen* sowie mehr *Sorgen um das eigene Gewicht* und die *Figur* auf.

Hypothese 4: Junge Frauen mit einem hohen Risiko für Essstörungen sind stärker *depressiv verstimmt* (4 a) und weisen häufiger weitere *allgemeine* (4 b) und *essstörungsspezifische psychopathologische Auffälligkeiten* (4 c) auf als junge Frauen mit einem niedrigen Risiko. Dabei orientieren sich junge Frauen mit einem hohen Risiko für Essstörungen im Vergleich zu jungen Frauen mit einem niedrigen Risiko stärker an dem durch die Medien transportierten Schlankheitsideal (stärkere *Internalisierung des Schlankheitsideals*).

Hypothese 5: Junge Frauen mit einem hohen Risiko für Essstörungen weisen einen höheren *BMI* auf als junge Frauen mit einem niedrigen Risiko.

3.1.3 Methodik

3.1.3.1 Untersuchungsdesign

In einem *Querschnittsdesign* wurden *junge Frauen mit Abitur/Fachabitur* mittels einer umfangreichen *Fragebogenbatterie* untersucht (vgl. Anhang A). Da insgesamt der größte Anteil der Personen mit Essstörungen vor dem 25. Lebensjahr erkrankt (Woodside & Garfinkel, 1992), wurden Probandinnen ausgewählt, die zum Erhebungszeitpunkt zwischen *18 und 25 Jahre* alt waren.

Am Beginn der Fragebogenbatterie erfolgt die Erhebung soziodemografischer Variablen. Mittels ausbalancierter Vorgabe der weiteren Teilfragebögen werden Sequenzeffekte kontrolliert.⁴ Um die Fragebogendaten zu anonymisieren, wurde für jede Teilnehmerin ein individuelles Kennwort vergeben, welches sich aus dem Tag der Geburt, dem ersten Buchstaben der Vornamen der Mutter und des Vaters sowie der Hausnummer der Versuchsperson (Vp) zusammensetzt. Jedem Fragebogen war ein Begleitschreiben, welches sich an dem von Bortz und Döring (2006, S. 257) vorgeschlagenen Aufbau orientiert, sowie ein Kontaktformular beigelegt (vgl. Anhang A). Sowohl Studie 1 als auch die Studien 2 und 3 wurden, analog der Studien von Bessenoff (2006), Hawkins et al. (2004) sowie Mills, Polivy, Herman und Tigglemann (2002), mit der *Cover-Story* einer Marketing-Studie (Zusammenhang zwischen Medienkonsum, Konsumentenpersönlichkeit, Werbewirksamkeit und Konsumpräferenzen) durchgeführt, um das eigentliche Untersuchungsziel zu kaschieren.

Die *Rekrutierung der Stichprobe* erfolgte aus der Population weiblicher Studenten der Universität Regensburg während der Vorlesungszeit des Wintersemesters 2007/2008. Psychologiestudentinnen durften nur im Grundstudium teilnehmen, um Einflüsse durch Vorwissen möglichst zu minimieren. Der Großteil der Teilnehmerinnen wurde in Vorlesungen rekrutiert. Zu Beginn der jeweiligen Vorlesung wurde die Studie kurz vorgestellt, die Fragebogenbatterie wurde am Ende der Vorlesung an Interessentinnen ausgehändigt und in der Folgewoche am Beginn und am Ende der Vorlesung eingesammelt. Zudem konnte der Fragebogen beim Lehrstuhlsekretariat zurückgegeben werden. Ein kleiner Teil der Probandinnen wurde über Aushänge oder persönliche Ansprache auf dem Campus gewonnen.

Als *Dankeschön* für das Ausfüllen des Fragebogens erhielten alle Teilnehmerinnen einen McDonald's Gutschein im Wert von ca. 5,00 Euro.⁵ Psychologiestudentinnen erhielten zusätzlich zwei Versuchspersonenstunden bestätigt, Nicht-Psychologie-

⁴ Bei ungerader Anzahl der Bedingungen (hier sieben Teilfragebögen – der soziodemografische Teilfragebogen wurde immer am Anfang der Fragebogenbatterie präsentiert) werden zwei lateinische Quadrate bestimmt, die zusammengenommen so angeordnet sind, dass jede Bedingung zweimal hinter jeder anderen Bedingung erscheint (Bortz, 2005, S. 405 f.). Es ergaben sich 14 verschiedene Reihenfolgen (R 1 bis R 14), die jeweils in gleicher Anzahl an die Probandinnen ausgeteilt wurden. Anhang A zeigt Reihenfolge R 1.

⁵ Mein herzlicher Dank gilt an dieser Stelle Herrn Frank Mosher von McDonald's Regensburg für die freundliche Unterstützung.

studentinnen nahmen an der Verlosung von 30 Kino- und Einkaufsgutscheinen sowie Werbepräsenten im Wert von je ca. 5,00 Euro teil.⁶

Als *Ausschlusskriterien* für die Teilnahme an der Untersuchung wurden in Anlehnung an Jacobi (1999) und Jacobi et al. (2005) definiert: Vorgeschichte oder Vorbehandlung aufgrund einer BN, einer AN oder einer BES innerhalb des letzten Jahres, regelmäßige Heißhungeranfälle, Erbrechen oder Laxanzienabusus, Alkohol-/Drogenprobleme, $BMI \leq 17.5$ und $BMI \geq 30$, Amenorrhoe und Einnahme psychotroper Medikation während der letzten 2 Monate. Darüber hinaus wurden Personen ausgeschlossen, die über weniger als 5 Jahre Deutschkenntnisse verfügten, zum Erhebungszeitpunkt älter als 25 Jahre oder/und Psychologiestudentinnen im Hauptstudium waren.

Für die *Durchführung der Studie 2* (vgl. Kapitel 3.2) wurde ein minimales n von 60 sowohl für die Hochrisiko- als auch für die Niedrigrisikogruppe angestrebt. Die Rekrutierung der Teilnehmerinnen der Studie 2 erfolgte aus dem Pool der Vpn aus Studie 1. Da in einer Untersuchung, welche die in Studie 1 zur Einteilung von Hochrisiko- und Niedrigrisikogruppe verwendete *Weight Concern Scale (WCS)* benutzt (vgl. Kapitel 3.1.3.2), gut 20 % der Stichprobe den empfohlenen Cut-Off-Wert von 42 erreichten (Jacobi et al., 2005), sollten mindestens 300 Probandinnen für die Erhebungsphase 1 gewonnen werden ($300 \times 0.20 = 60$ Hochrisikofrauen). Dabei wurde erwartet, dass die Rücklaufquote der Fragebögen in Erhebungsphase 1 nicht bei 100 % liegen würde. Zudem war davon auszugehen, dass nicht alle Probandinnen, die sich für eine Teilnahme an Erhebungsphase 1 entschieden, auch für die Teilnahme an der zweiten Erhebungsphase würden motiviert werden können. Deshalb wurde in Studie 1 beabsichtigt, deutlich mehr Probandinnen als 300 zum Ausfüllen der Fragebogenbatterie zu motivieren, um letztlich die gewünschten Fallzahlen (60 Hochrisiko- und 60 Niedrigrisikofrauen) zu erreichen (vgl. Kapitel 3.1.3.3).

3.1.3.2 Beschreibung und Begründung der verwendeten Erhebungsinstrumente

Das Ziel, die zu untersuchenden Konstrukte angemessen zu operationalisieren, leitete die Zusammenstellung und die Auswahl der Erhebungsinstrumente. Die psychometrische Güte der Verfahren sollte zudem hinreichend belegt sein, und es sollten Verfahren verwendet werden, die auch international verbreitet sind.

⁶ Mein herzlicher Dank gilt an dieser Stelle Herrn Oliver Goldermann vom Regina Filmtheater Regensburg, Bücher Pustet Regensburg und der Fachbuchhandlung Lehmanns Regensburg.

Die Fragebogenbatterie umfasste im Ganzen acht verschiedene Fragebögen: einen selbst zusammengestellten Fragebogen zur *Erfassung soziodemografischer Variablen*, die *Weight Concerns Scale*, deutsche Adaptation (Grund, 2004), das *Eating Disorder Inventory-2*, deutsche Version (Paul & Thiel, 2005), die *Frankfurter Selbstkonzeptskalen* (Deusinger, 1986), den *Eating Disorder Examination-Questionnaire*, deutsche Adaptation (Hilbert & Tuschen-Caffier, 2006b), das *Beck-Depressions-Inventar (BDI-II)*, deutsche Adaptation (Hautzinger, Keller & Kühner, 2006), den *Fragebogen zum Figurbewusstsein*, deutsche Adaptation (Waadt, Laessle & Pirke, 1992), und die *Symptomcheckliste von Derogatis* (G. Franke, 1995).

Die folgende Darstellung der verwendeten Fragebogenbatterie orientiert sich an der Abfolge der Teilfragebögen der Reihenfolge 1 (vgl. Anhang A).

Tabelle 3.2 zeigt die erhobenen soziodemografischen Variablen:⁷

Tabelle 3.2: Erfasste soziodemografische Variablen

➤ Alter?
➤ Höchster Schulabschluss?
➤ Studienfach?
➤ Semesteranzahl?
➤ Studentin an welcher Bildungseinrichtung?
➤ Beruf erlernt?
➤ Ist Deutsch die Muttersprache? Falls nein: Wie lange wird schon Deutsch gesprochen?
➤ Höchster Schulabschluss des Vaters?
➤ Höchster Schulabschluss der Mutter?
➤ Erlernter Beruf des Vaters?
➤ Erlernter Beruf der Mutter?
➤ Familienstand?
➤ Familienhintergrund?
➤ Leiden unter einer körperlichen Erkrankung? Falls ja: Unter welcher?
➤ Schon einmal wegen Schwierigkeiten beim Essen professionelle Hilfe aufgesucht? Falls ja: Wann? Welcher Art?
➤ Alkoholkonsum in den letzten 4 Wochen? Falls ja: An wie vielen Tagen? Menge pro Trinkgelegenheit?
➤ Drogenkonsum in den letzten 4 Wochen? Falls ja: Welche? An wie vielen Tagen?
➤ Derzeitige Einnahme von Psychopharmaka? Falls ja: Welche? Wogegen?
➤ Einnahme von Entwässerungsmitteln in den letzten 4 Wochen? Falls ja: An wie vielen Tagen?

⁷ Die „Fragen zum Konsumverhalten“ des soziodemografischen Fragebogens (vgl. Anhang A) dienten zur Unterstützung der Cover-Story und wurden nicht mit ausgewertet.

- **Weight Concerns Scale (WCS), deutsche Adaptation (Grund, 2004)⁸**

Die WCS wird in den Studien 1 bis 3 zur *Einteilung der Hochrisiko- und Niedrigrisikogruppe* für Essstörungen eingesetzt.

Die WCS ist ein äußerst ökonomischer Screening-Fragebogen für Essstörungen, der mittels fünf Fragen *übermäßige Bedeutsamkeit von Gewicht und Figur, Angst vor Gewichtszunahme, Häufigkeit von Diäten* und das *Gefühl, zu dick zu sein*, erfragt. Auf der Skala können Werte von 0 bis 100 erreicht werden, wobei ein Wert von 0 bedeutet, dass keinerlei Weight Concerns vorliegen. Ein Wert von 100 zeigt ein Maximum an Weight Concerns an.

Die englischsprachige Originalversion, die von der Forschergruppe um Killen entwickelt wurde (Killen et al., 1993), wurde in zwei Längsschnittstudien validiert (Killen et al., 1996; Killen et al., 1994) und weist gute psychometrische Eigenschaften auf (Jacobi, Abascal & Taylor, 2004). Bei einem Cut-Off-Wert von 57 werden eine Retestreliabilität von $r = .85$, eine 7-Monatsstabilität von $r = .71$, eine 1-Jahresstabilität von $r = .75$, eine Sensitivität von 86 % und eine Spezifität von 63 % berichtet. Belege für die konvergente sowie die diskriminante Validität der Skala liegen vor (Jacobi, Abascal et al., 2004; Killen et al., 1996; Killen et al., 1994; Killen et al., 1993). Jacobi, Abascal et al. (2004) fanden zudem bei einer Reanalyse der Daten von Killen et al. (1993) Sensitivitäts- und Spezifitätswerte von 79 respektive 67 %, der Positiv Prädiktive Wert betrug 13 % (bei einem Cut-Off-Wert von 47).⁹ Laut Jacobi, Abascal et al. (2004) kann die englischsprachige Originalversion der WCS als das derzeit einzige Verfahren zur Identifikation von Risikoprobanden gelten, das insgesamt zufriedenstellende psychometrische Eigenschaften aufweist.

Grund (2004) hat in ihrer Diplomarbeit eine deutsche Version der WCS konzipiert, validiert und mit Hilfe einer ROC-Analyse den optimalen Cut-Off-Wert sowie die entsprechenden Sensitivitäts- und Spezifitätswerte berechnet. Bei einem Cut-Off-Wert von 42 ergaben sich hervorragende Werte für Sensitivität (98.1 %), Spezifität (100 %) und für den Positiv Prädiktiven Wert (100 %). Die Retest-Reliabilität der deutschen Adaptation betrug bei einem Zeitintervall von 7 Tagen $r = .95$. Die WCS ist in der Lage, in höchstem Maße zwischen Kontrollpersonen und Patientinnen zu diskriminieren. Die

⁸ Mein herzlicher Dank gilt dem Lehrstuhl von Prof. Dr. R. Läßle, Universität Trier, für die Überlassung eines Exemplars der Diplomarbeit von Grund (2004).

⁹ Hintergrundinformationen und Formeln zur Berechnung von Sensitivität, Spezifität und Positivem Prädiktiven Wert finden sich bei Grund (2004) und Jacobi, Abascal et al. (2004).

konvergente Validität ist bestätigt. Die deutsche Adaptation der WCS wird aufgrund ihrer ausgezeichneten psychometrischen Eigenschaften mittlerweile in weiteren Studien im deutschen Sprachraum für die Risikoeinteilung im Bereich von Essstörungen eingesetzt (z. B. Jacobi et al., 2005).

Fußend auf den Ergebnissen von Grund (2004) wird in den Studien 1-3 ein *Cut-Off-Wert von 42* für die Einteilung von Hochrisiko- und Niedrigrisikogruppe zu Grunde gelegt.

- **Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2), deutsche Version (Paul & Thiel, 2005)**

Das EDI wurde zu Beginn der 80er-Jahre von der kanadischen Arbeitsgruppe um Garner (Garner, Olmsted & Polivy, 1983) entwickelt und umfasste zunächst acht Skalen, die Anfang der 90er-Jahre um weitere drei Skalen ergänzt wurden (EDI-2) (Garner, 1991). Vom EDI bzw. EDI-2 existieren mehrere deutschsprachige Versionen, wobei die weiteste Verbreitung die Version von Thiel et al. (1997) gefunden haben dürfte (Tuschen-Caffier et al., 2005, Kap. 3). Erste Ergebnisse dieser deutschsprachigen Version des EDI-2 erschienen 1997 und seit 2005 steht die Adaptation von Thiel und Kollegen (Paul & Thiel, 2005) auch als vollständiger Test zur Verfügung. Der Nutzen der drei neuen Skalen (*Askese, Impulsregulation, soziale Unsicherheit*) für die Therapieforschung und den klinischen Alltag wird kritisch diskutiert (Paul & Thiel, 2005).

Mit dem EDI-2 können relevante intrapsychische und interpersonelle Faktoren, die für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychogener Essstörungen von Bedeutung sind, auf 11 Skalen erfasst werden (*Schlankheitsstreben, Bulimie, Unzufriedenheit mit dem Körper, Ineffektivität/Selbstwertdefizit, Perfektionismus, interpersonelles Misstrauen, interozeptive Wahrnehmung, Angst vor dem Erwachsenwerden, Askese, Impulsregulation, soziale Unsicherheit*). Den einzelnen Skalen sind insgesamt 91 Items zugeordnet, die auf einer 6-stufigen Häufigkeitsskala mit den Polen „nie“ = 1 und „immer“ = 6 einzuschätzen sind (Beispiele für Items der jeweiligen Skala siehe Tabelle 3.3). Die Skalenwerte errechnen sich durch Aufsummieren aller Itemscores, die zur jeweiligen Skala gehören. Die Bildung eines Gesamtwertes wird als kritisch erachtet, da die einzelnen Subskalen relativ unabhängige Merkmale widerspiegeln.

Das intendierte Anwendungsgebiet des EDI-2 geht also über die Symptomatik des pathologischen Essverhaltens im engeren Sinne hinaus und fokussiert relevante psychologische Variablen, weshalb das EDI-2 zwar gut als Screeninginstrument, jedoch weniger für die Diagnostik von Patientinnen mit Essstörungen geeignet ist.

Die meisten Untersuchungen an klinischen Stichproben ergaben sowohl mit der englischsprachigen als auch mit der deutschsprachigen Version gute Werte für Cronbachs α von mehr als 0.80 (niedrigere Werte für Studien nichtklinischer Stichproben von 0.70 bis 0.80). Die Test-Retestreliabilität ist mit Werten für alle Skalen im Bereich zwischen 0.81 bis 0.89 (Patienten mit Essstörungen) und zwischen 0.75 bis 0.94 (Patienten mit sonstigen psychischen Störungen) insgesamt als gut zu beurteilen. Das EDI-2 verfügt über eine gute diskriminative und konvergente Validität.

Tabelle 3.3: Beispielitems der 11 EDI-2 Subskalen (Paul & Thiel, 2005)

Skala	Beispielitems
<i>Schlankheitsstreben</i> (Primärsymptomatik Essstörungen)	Ich fühle mich sehr schuldig, wenn ich zuviel gegessen habe. Ich messe dem Körpergewicht zuviel Bedeutung bei.
<i>Bulimie</i> (Primärsymptomatik Essstörungen)	Ich stopfe mich mit Essen voll. Ich denke daran, Erbrechen auszuprobieren, um abzunehmen.
<i>Unzufriedenheit mit dem Körper</i> (Primärsymptomatik Essstörungen)	Ich glaube, mein Bauch ist zu dick. Ich denke, meine Hüften sind zu breit.
<i>Ineffektivität</i>	Ich fühle mich als Mensch unfähig. Ich halte nicht viel von mir.
<i>Perfektionismus</i>	Ich hasse es, nicht der/die Beste zu sein. Entweder sollte ich Dinge perfekt machen oder ganz sein lassen.
<i>Misstrauen</i>	Es fällt mir schwer, meine Gefühle Anderen gegenüber auszudrücken. Ich brauche zu anderen Menschen eine gewisse Distanz und fühle mich unwohl, wenn jemand versucht, mir zu nahe zu kommen.
<i>Interozeptive Wahrnehmung</i>	Ich bin verwirrt, welche Gefühle ich habe. Ich weiß nicht genau, ob ich hungrig bin oder nicht.
<i>Angst vor dem Erwachsenwerden</i>	Ich wünschte, ich wäre jünger. Die Kindheit ist die glücklichste Zeit im Leben.
<i>Askese</i>	Ich schäme mich meiner menschlichen Schwäche. Essen aus Genuss ist ein Zeichen moralischer Schwäche.
<i>Impulsregulation</i>	Andere Menschen würden mich als emotional instabil bezeichnen. Ich neige zu Zorn- und Wutausbrüchen.
<i>Soziale Unsicherheit</i>	Ich habe das Gefühl, dass ich überall zu

	kurz komme. Ich bin lieber allein als mit Anderen zusammen.
--	--

- **Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN) (Deusinger, 1986)**

Mit den FSKN können auf 10 Skalen, welche sich wiederum vier übergeordneten Bereichen des Selbst (*Leistungsbereich, allgemeine Selbstwertschätzung, Stimmung und Sensibilität, psychosozialer Bereich*) zuordnen lassen, Einstellungen zur eigenen Person („Selbstkonzepte“) abgebildet werden. Die 10 Skalen können auch als Einzeltests eingesetzt werden. Deusinger (1986) definiert dabei „Selbstkonzept“ folgendermaßen:

Selbstkonzept oder Selbststruktur wird ... als ein organisiertes, relativ konsistentes, aber änderbares Konzeptmuster des Individuums zur eigenen Person bestimmt, als Verdichtung vergangener Erfahrungen des Individuums mit der eigenen Person, von Erfahrungen, die als gespeicherte Informationen in das eigene Bezugssystem eingeordnet und vom Individuum mit relativen, in der individuellen Umwelt wahrgenommenen, selbst erlebten, abgeleiteten oder geschätzten Bedeutungen und Werten verbunden werden. Dieses organisierte Konzeptmuster zur eigenen Person, das sich auf mannigfaltige Bereiche bezieht, wird als multidimensional verstanden ... Wir sprechen daher von zu unterscheidenden Selbstkonzepten der Person und gehen davon aus, daß die verschiedenen Selbstkonzepte des Individuums – je nach Bezug – mehr oder weniger interagieren, d. h., sich in unterschiedlichem Maße beeinflussen, ein dynamisches System darstellen. (Deusinger, 1986, S. 11)

Das Gesamtinventar umfasst 78 Items, die vom Probanden anhand von 6-stufigen verankerten Ratingskalen einzuschätzen sind („trifft sehr zu“ = 1 bis „trifft gar nicht zu“ = 6). Alle Items beziehen sich auf Kognitionen, Emotionen und Verhalten im Alltag gegenüber sich selbst. Für jede der 10 Skalen wird ein Score berechnet, welcher der Summe der einzelnen Antwort-Bewertungen entspricht. Neben dem jeweiligen Score für die einzelnen Selbstkonzepte kann ein Gesamtscore (Summierung aller Bewertungen) über alle Selbstkonzepte gebildet werden. Je mehr Punkte eine Person auf einer Skala bzw. im Gesamtscore erzielt, desto positiver oder günstiger ist das jeweilige Selbst- bzw. das Gesamtkonzept.

Tabelle 3.4: Bereiche des Selbst und zugeordnete Selbstkonzepte (nach Deusinger, 1986)

Leistungsbereich	Allgemeine Selbstwertschätzung	Stimmung und Sensibilität	Psychosozialer Bereich
Allgemeine Leistungsfähigkeit	Allgemeiner Selbstwert	Eigene Empfindlichkeit und Gestimmtheit	Eigene Standfestigkeit gegenüber Gruppen und bedeutsa-

			men Anderen
Allgemeine Problembewältigung	-	-	Eigene Kontakt- und Umgangsfähigkeit
Allgemeine Verhaltens- und Entscheidungssicherheit	-	-	Wertschätzung durch Andere
-	-	-	Irritierbarkeit durch Andere
-	-	-	Gefühle und Beziehungen zu Anderen

Die Reliabilität der FSKN-Gesamtbewertung erwies sich mit Testhalbierungs-Koeffizienten zwischen .93 und .97 als insgesamt sehr hoch. Mit Werten zwischen .40 bis .95 ist die Reliabilität der Einzelskalen geringer ausgeprägt und schwankt in Abhängigkeit von Länge, Inhalt und Stichprobe. Verschiedene Validierungsuntersuchungen (Korrelationen mit anderen Persönlichkeitsinventaren, Untersuchungen an klinischen Gruppen usw.) haben die formulierten Annahmen über die Struktur von Selbstkonzepten weitgehend bestätigt.

- **Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q), deutsche Adaptation (Hilbert & Tuschen-Caffier, 2006b)**

Der EDE-Q (Fairburn & Beglin, 1994) ist die Fragebogenversion des strukturierten Experteninterviews EDE von Z. Cooper und Fairburn (1987), mit dem Essstörungen klassifiziert und die spezifische Psychopathologie von Essstörungen erfasst werden können (Hilbert & Tuschen-Caffier, 2006a). Der EDE-Q dient der Erfassung des Vorliegens einer spezifischen Essstörungspathologie (22 Items) und diagnostisch relevanter Kernverhaltensweisen (sechs Items) während der letzten 4 Wochen bei Jugendlichen und Erwachsenen.

Die 22 Items zur Erfassung einer spezifischen Essstörungspathologie können vier Subskalen zugeordnet werden: *Restraint* (Gezügelt Essen), *Eating Concern* (Essensbezogene Sorgen), *Weight Concern* (Gewichtssorgen) und *Shape Concern* (Figursorgen) (vgl. Tabelle 3.5). Auffälligkeiten im Essverhalten, z. B. von gezügelt Essenver-

halten oder Schuldgefühlen beim Essen, werden von der „Restraint Skala“ und der „Eating Concern Skala“ beschrieben, Korrelate von Figur- oder Gewichts Sorgen, z. B. die Abhängigkeit des Selbstwertgefühls von Figur oder Gewicht, von der „Weight Concern Skala“ und der „Shape Concern Skala“. Das Item „Beschäftigung mit Figur oder Gewicht“ ist doppelt zugeordnet (Skalen „Weight Concern“ und „Shape Concern“). Bei jedem Item sind auf 7-stufigen Ratingskalen Häufigkeiten oder Intensitäten einzuschätzen (0 = „Merkmal war nicht vorhanden“ bis 6 = „Merkmal war jeden Tag bzw. in extremer Ausprägung vorhanden“). Pro Subskala kann ein Subskalenmittelwert berechnet werden, zur Abbildung des globalen Grades einer vorhandenen Essstörungspsychopathologie ist die Berechnung eines Gesamtmittelwertes (Summe der Subskalenmittelwerte, dividiert durch die Anzahl der Subskalen) möglich.

Tabelle 3.5: Zuordnung der Items zu den Skalen des EDE-Q (nach Hilbert & Tuschen-Caffier, 2006b)

Restraint Skala	Eating Concern Skala	Weight Concern Skala	Shape Concern Skala
Gezügeltes Essverhalten	Beschäftigung mit Nahrungsmitteln, Essen oder Kalorien	Beschäftigung mit Figur oder Gewicht	Flacher Bauch
Essensvermeidung	Angst, die Kontrolle über das Essen zu verlieren	Wunsch abzunehmen	Beschäftigung mit Figur oder Gewicht
Vermeidung von Nahrungsmitteln	Heimliches Essen	Wichtigkeit des Gewichts	Angst vor Gewichtszunahme
Diätregeln	Schuldgefühle aufgrund des Essens	Reaktion auf vorgeschriebenes Wiegen	Gefühl, dick zu sein
Leerer Magen	Essen in Gesellschaft	Unzufriedenheit mit dem Gewicht	Wichtigkeit der Figur
-	-	-	Unzufriedenheit mit der Figur
-	-	-	Unbehagen beim Betrachten des Körpers
-	-	-	Unbehagen beim Entkleiden

Mittels sechs weiterer Items können – im Gegensatz zum EDI-2 – für den Zeitraum der letzten 4 Wochen Häufigkeiten diagnostisch relevanter Kernverhaltensweisen (z. B. von Essanfällen, Kontrollverlust, selbstinduziertem Erbrechen, Laxanzienmissbrauch, ex-

zessivem Sport) erfasst und somit das Vorliegen einer manifesten Essstörungsproblematik abgeschätzt werden. Diese Items wurden in der vorliegenden Studie – neben den Angaben im soziodemografischen Fragebogen – zur Überprüfung der *Ausschlusskriterien* (Vorliegen eines deutlich essgestörten Verhaltens) herangezogen.

Fragen nach dem derzeitigen *Gewicht*, der *Körpergröße* und dem Ausbleiben der *Regelblutung* während der letzten 3 bis 4 Monate beschließen den Fragebogen. Die Selbstauskünfte zu Gewicht und Körpergröße wurden in der vorliegenden Studie zur Bestimmung des *BMI* herangezogen, da Selbstauskünfte bezüglich der Größe und des Gewichts mit objektiven Messungen hoch korrelieren (Korrelationen zwischen 0.94 und 0.99) (Crockett, Schulenberg & Petersen, 1987; Presnell et al., 2004; Rierdan & Koff, 1997; Smith, Hohlstein & Atlas, 1992). Verzerrungen in Richtung einer Unterschätzung des Gewichts bei Frauen, bei Personen mit einem höheren Gewicht und bei Personen mit stark gezügeltem Essverhalten sind eher geringfügig ausgeprägt (Monro & Huon, 2006; Rierdan & Koff, 1997; Shapiro & Anderson, 2003) und können für die vorliegende Studie vernachlässigt werden.

Sowohl für das englischsprachige Original als auch für die deutschsprachige Übersetzung des EDE-Q wurden akzeptable bis hohe interne Konsistenzen von EDE-Q-Subskalen und Gesamtwert (Subskalen: $0.85 \leq \text{Cronbachs } \alpha \leq 0.93$; Gesamtwert: Cronbachs $\alpha = 0.97$) und adäquate Retest-Reliabilitäten bestätigt. Änderungssensitivität sowie die konvergente und diskriminative Validität wurden belegt. Die Kernverhaltensweisen, die Subskalen und der Gesamtwert differenzieren zwischen essgestörten und nicht-essgestörten Personen. Anwendungen als initiales Screeningverfahren sind empirisch gestützt. Vergleichswerte für verschiedene Essstörungsdiagnosen und nicht-essgestörte Personen sowie Normwerte für weibliche Jugendliche und Erwachsene sind verfügbar (Hilbert & Tuschen-Caffier, 2006b; Kashubeck-West, Mintz & Saunders, 2001; Luce, Crowther & Pole, 2008; Tuschen-Caffier et al., 2005, Kap. 3).

- **Beck Depressions-Inventar (BDI-II), deutsche Adaptation (Hautzinger, Keller & Kühner, 2006)**

Das BDI ist ein seit mehr als 40 Jahren national und international weit verbreitetes und in vielfältigen klinischen Zusammenhängen und Studien erfolgreich eingesetztes Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung des Schweregrads einer depressiven Symptomatik. Eine große Anzahl von Studien an klinischen und nichtklinischen Stichproben bescheinigten dem ursprünglichen BDI gute interne Konsistenz, stabile Retestreliabili-

tät, gute Konstruktvalidität, eindeutige Differenzierungsfähigkeit bei der Unterscheidung depressiver und nicht-depressiver Personen sowie Änderungssensitivität unter Behandlung (Hautzinger et al., 2006).

1996 legten Beck, Steer und Brown mit dem BDI-II eine umfassende Revision des ursprünglichen BDI vor, mit der Symptome erfasst werden können, die im DSM-IV (APA, 2003) der Diagnose einer Depression entsprechen. Seit 1996 ist das BDI-II in englischsprachigen Ländern in Anwendung. Bislang durchgeführte internationale Studien belegen auch für das BDI-II gute Reliabilitäts- und Validitätskennwerte (Hautzinger et al. 2006).

Seit 2001 existieren erste deutsche Übersetzungen des BDI-II, 2006 wurde von Hautzinger et al. (2006) ein Manual veröffentlicht, welches den Fragebogen durch psychometrische Analysen, Interpretations- und Auswertungshilfen ergänzt. Die häufigsten Beschwerden sind zu 21 Items komprimiert, die keiner ätiologischen Theorie verpflichtet und auf einer 4-stufigen Antwortskala (0-3) zu beantworten sind. Folgende Symptome werden erhoben: *Traurigkeit, Pessimismus, Versagensgefühle, Verlust von Freude, Schuldgefühle, Bestrafungsgefühle, Selbstablehnung, Selbstvorwürfe, Selbstmordgedanken, Weinen, Unruhe, Interessenverlust, Entschlussunfähigkeit, Wertlosigkeit, Energieverlust, Veränderungen der Schlafgewohnheiten, Reizbarkeit, Veränderungen des Appetits, Konzentrationsschwierigkeiten, Ermüdung oder Erschöpfung, Verlust an sexuellem Interesse.*

Durch einfache Addition der angekreuzten Aussagen wird ein Gesamtwert bestimmt (0 bis 63 Punkte). 0-8 Punkte sprechen für „Keine Depression“, 9-13 Punkte für „Minimale Depression“, 14-19 Punkte für „Leichte Depression“, 20-28 Punkte für „Mittelschwere Depression“ und 29-63 Punkte für „Schwere Depression“. Detaillierte Informationen zu den guten und sehr zufriedenstellenden Gütekriterien der deutschen Version des BDI-II können dem Manual von Hautzinger et al. (2006, Kap. 3) entnommen werden.

- **Fragebogen zum Figurbewusstsein (FFB), deutsche Adaptation des Body Shape Questionnaire (BSQ) (Waadt et al., 1992)**

Bei dem FFB handelt es sich um ein weit verbreitetes Selbstbeurteilungsverfahren, mit dem vielfältige Verhaltensweisen, Einstellungen und Gefühle, die sich auf die *Beschäftigung mit dem eigenen Körper*, dem *Gewicht* und der *Figur* während der letzten 4 Wochen beziehen, erfasst werden können.

Er ist die deutsche Adaptation des Body Shape Questionnaire (BSQ) von P. J. Cooper und Koautoren (P. J. Cooper, Taylor, M. Cooper & Fairburn, 1987), dessen Einsatz im englischen Sprachraum weit verbreitet ist. Für den BSQ werden gute Retest-Reliabilitäts-Werte für alle Items sowie sehr zufriedenstellende Übereinstimmungs-, Kriteriums- und diskriminative Validitäten berichtet (P. J. Cooper et al., 1987; Rosen, A. Jones, Ramirez & Waxman, 1996).

Die 36 Items des FFB werden auf 6-stufigen Häufigkeitsskalen (1 = „nie“ bis 6 = „immer“) bewertet. Der Gesamtscore wird durch Addition der Zahlenwerte gebildet. Ein hoher Gesamtscore spricht für eine starke Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper.

Im Rahmen der Studie von Pook, Tuschen-Caffier und Stich (2002) erfolgte erstmals eine gründliche Evaluation des FFB an vier verschiedenen Stichproben (zwei nicht-klinische Gruppen, eine Gruppe Bulimikerinnen, eine Gruppe Frauen mit BES). Nach Pook et al. (2002) handelt es sich beim FFB um einen reliablen und validen Fragebogen zur Erfassung von Körperunzufriedenheit, der hervorragend zur Unterscheidung von Bulimikerinnen und Normalpersonen geeignet ist. Vergleichswerte für junge Frauen mit und ohne Essstörung liegen vor (u. a. Pook et al., 2002; Tuschen-Caffier et al., 2005, Kap. 3; Waadt et al., 1992).

- **Symptomcheckliste von Derogatis (SCL-90-R) (G. Franke, 1995)**

Mit der international weit verbreiteten Standardskala SCL-90-R können allgemeine psychopathologische Auffälligkeiten auf neun Skalen (*Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken, Psychotizismus*) und einigen Zusatzitems erfasst werden. Zusätzlich werden drei Gesamtkennwerte gebildet: der Global Severity Index (GSI), der Positive Symptom Total (PST) und der Positive Symptom Distress Index (PSDI). Zur Überprüfung der untersuchten Fragestellung werden in Studie 1 die Ergebnisse der einzelnen Skalen sowie der *GSI* als Maß für die grundsätzliche psychische Belastung dargestellt.

Vom Probanden sind 90 Items, welche Probleme und Beschwerden während der vergangenen 7 Tage bis heute abfragen, zu beantworten. Dabei soll der Proband beurteilen, wie sehr er an dem jeweiligen Problem oder der jeweiligen Beschwerde in den letzten 7 Tagen gelitten hat (5-stufige Likert-Skalierung mit den Polen 0 = „überhaupt nicht“ bis 4 = „sehr stark“). Den Skalenwert einer Skala erhält man, indem die Itemwerte der zu dieser Skala gehörigen Items addiert werden (Summenwert) und der Summenwert

durch die Anzahl der Items der Skala geteilt wird. Addiert man die Summenwerte und teilt diesen Gesamtsummenwert durch die Anzahl der beantworteten Items des gesamten Tests, erhält man den globalen Kennwert GSI.

1977 entwickelte Derogatis die heute gültige Form der SCL-90-R an einer Stichprobe von 1002 ambulanten Psychiatriepatienten. Ab Mitte der 80er-Jahre erfolgte die Adaptation der englischsprachigen Version für den deutschen Sprachraum anhand verschiedener Normierungs- und Untersuchungsstichproben. Normwerte für Gesunde, Mittelwerte für verschiedene klinische Patientengruppen, diverse Untersuchungen zur Reliabilität und Validität sowohl der englischsprachigen als auch der deutschen Version können dem Manual von G. Franke (1995) entnommen werden. Die Eignung der SCL-90-R für die Differentialdiagnostik verschiedener klinischer Gruppen ist umstritten und eine abschließende Klärung dieser Frage steht noch aus (P. Becker, Jürgensen & Rüddel, 2002).

3.1.3.3 Stichprobenbeschreibung

Insgesamt wurden 770 *Fragebögen* ausgeteilt, jede der 14 Reihenfolgen 55 Mal. Von den 770 Fragebögen wurden 474 zurückgegeben. Die *Rücklaufquote* ist mit rund 62 % (474/770) als gut zu bezeichnen (Babbie & Mouton, 2001, S. 261).

Es ist nicht davon auszugehen, dass sich teilnehmende und nicht teilnehmende Studentinnen systematisch in Bezug auf die untersuchten Merkmale unterschieden. Als Gründe für die Nicht-Teilnahme wurden im persönlichen Kontakt zumeist „demnächst viele Klausuren/Referate, keine Zeit“ oder „keine Lust, eh schon zu viele Evaluationen/Umfragen/Studien an der Universität“ genannt.

Ein Fragebogen war nicht ernsthaft bzw. vollständig ausgefüllt und floss nicht in die Auswertung mit ein. Von weiteren 15 Teilnehmerinnen wurden die Fragebögen nicht ausgewertet, da Ausschlusskriterien erfüllt waren (n = 2 älter als 25 Jahre und Psychologie im Hauptstudium, n = 4 weniger als 5 Jahre Deutschkenntnisse, n = 9 Einnahme von Psychopharmaka). Bei drei Teilnehmerinnen fehlte die Angabe zum Studienfach. Da aufgrund des Alters (19 und 20 Jahre) davon auszugehen war, dass sich diese Studentinnen nicht im Hauptstudium Psychologie befanden, und weitere Ausschlusskrite-

rien nicht erfüllt waren, wurden die Fragebögen nicht von der Auswertung ausgeschlossen. Insgesamt ergab sich somit für Studie 1 eine Stichprobe von $n = 458$ (474-1-15).¹⁰

Von 37 Studentinnen lag laut eigener Angaben bereits manifest gestörtes Essverhalten vor. Da davon ausgegangen wird, dass es einen kontinuierlichen Übergang von gesundem Essverhalten, über eher leichtere Auffälligkeiten, über partielle Syndrome hin zu manifest ausgeprägten Essstörungsproblematiken gibt (Kontinuitätshypothese), wurden diese 37 Studentinnen als eigene Gruppe in die Untersuchung miteinbezogen (Gruppe „Manifest Gestört“/MG).

Bei keiner der Studentinnen fanden sich Hinweise auf einen aktuellen Drogen- und Alkoholabusus sowie auf eine körperliche Erkrankung, die sich verzerrend auf die Erhebung auswirken könnte.

Der Tabelle 3.6 kann die Verteilung der Teilnehmerinnen nach Studienfächern, der Tabelle 3.7 Angaben zu den erhobenen soziodemografischen Variablen entnommen werden. Tabelle 3.8 zeigt die Zuordnung der Vpn zur Gruppe der Hochrisikopersonen, zur Gruppe der Niedrigrisikopersonen und zur Gruppe der Frauen mit stärker gestörtem Essverhalten.

Tabelle 3.6: Verteilung der Studentinnen nach Studienfächern

Studienfach	Anzahl der Studentinnen absolut (n = 458)	Anteil der Studentinnen in Prozent
Betriebswirtschaft/Volkswirtschaft	70	15.3
Lehramt Gymnasium/Realschule/ Hauptschule	67	14.6
Psychologie (Grundstudium)	55	12.0
Rechtswissenschaften	52	11.4
Humanmedizin	45	9.8
Biologie	43	9.4
Biochemie/Chemie/Pharmazie	40	8.7
Grundschullehramt	30	6.6
Pädagogik	19	4.1
Erziehungswissenschaft	10	2.2
Zahnmedizin	4	0.9
Wirtschaftsinformatik	2	0.4
Sonstige	10	2.2
Doppelstudium	8	1.7

¹⁰ Legt man für die Berechnung der Rücklaufquote die endgültige Stichprobe von $n = 458$ zu Grunde, ergibt sich mit knapp 60 % (458/770) immer noch ein guter Wert.

(darunter eine Psychologiestudentin)		
Keine Angabe	3	0.7

Tabelle 3.7: Soziodemografische Variablen (Angaben absolut und prozentual)

Alter (n = 458), M = 20.30, SD = 1.30	
18	2 (0.4)
19	140 (30.6)
20	160 (34.9)
21	83 (18.1)
22	38 (8.3)
23	18 (3.9)
24	17 (3.7)
Semesteranzahl im Hauptfach (n = 453), M = 1.79, SD = 1.61	
1	332 (73.3)
2	5 (1.1)
3	78 (17.2)
4	4 (0.9)
5	17 (3.8)
6	4 (0.9)
7	3 (0.7)
8	3 (0.7)
9	6 (1.3)
10	1 (0.2)
Höchster Schulabschluss (n = 458)	
Allgemeine Hochschulreife/Abitur	454 (99.1)
Fachgebundene Hochschulreife/Sonstiges	4 (0.9)
Beruf erlernt (n = 458)	
Ja	46 (10.0)
Nein	412 (90.0)
Deutschkenntnisse (n = 458)	
Muttersprache Deutsch	439 (95.9)
Keine Muttersprache, aber seit der Kindheit Deutsch- kenntnisse	17 (3.7)
Keine Muttersprache, aber mindestens seit 5 Jahren Deutschkenntnisse	2 (0.4)
Familienstand (n = 458)	
Ledig, ohne feste Partnerschaft	184 (40.2)
Ledig, mit fester Partnerschaft	270 (59.0)
Verheiratet	4 (0.9)
Familienhintergrund (n = 458)	
Eltern leben zusammen	354 (77.3)
Eltern leben getrennt	29 (6.3)
Eltern leben geschieden	50 (10.9)
Ein Elternteil verstorben	24 (5.2)
Beide Elternteile verstorben	1 (0.2)
Höchster Schulabschluss des Vaters (n = 451)	

Kein Schulabschluss	6 (1.3)
Hauptschulabschluss mit oder ohne Quali	100 (22.2)
Realschulabschluss/Mittlere Reife	104 (23.1)
Fachgebundene oder allgemeine Hochschulreife	240 (53.2)
Sonstiges	1 (0.2)
Erlernter Beruf des Vaters (n = 453)	
Keinen Beruf erlernt	7 (1.5)
Ausbildung/Lehre	241 (53.2)
Studium (Universität oder Fachhochschule)	198 (43.7)
Sonstiges	7 (1.5)
Höchster Schulabschluss der Mutter (n = 454)	
Kein Schulabschluss	3 (0.7)
Hauptschulabschluss mit oder ohne Quali	86 (18.9)
Realschulabschluss/Mittlere Reife	182 (40.1)
Fachgebundene oder allgemeine Hochschulreife	175 (38.5)
Sonstiges	8 (1.8)
Erlernter Beruf der Mutter (n = 453)	
Keinen Beruf erlernt	13 (2.9)
Ausbildung/Lehre	313 (69.1)
Studium (Universität oder Fachhochschule)	122 (26.9)
Sonstiges	5 (1.1)

Tabelle 3.8: Gruppeneinteilung (Angaben absolut und prozentual)

Hochrisikogruppe (HR) WCS-Score ≥ 42	Niedrigrisikogruppe (NR) WCS-Score < 42	Manifeste Essstörungen- problematik (MG)
109 (23.8)	312 (68.1)	37 (8.1)

3.1.3.4 Auswertungsstrategien

Alle statistischen Berechnungen erfolgten mit Hilfe des Programmpakets *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* für Windows in der Version 15.0.1. Als Signifikanzniveau wurde generell $p = 0.05$ gewählt. Es wurden *parametrische Analyseverfahren* durchgeführt.

Datenkontrolle: Die Kontrolle der eingegebenen Daten auf Vollständigkeit und Richtigkeit erfolgte in Studie 1 zum einen durch Überprüfung der eingegebenen Werte anhand der Rohdaten. Hierzu wurde eine Zufallsauswahl von 10 % aller Fälle mit Hilfe des Zufallsgenerators von SPSS gezogen (10 % von 458 Fällen = 46 Fälle). Die Anzahl der fehlerhaften Eingaben wurden dann pro Fragebogen erfasst. Für die Stichprobe der 46 Fälle ergab sich eine *Fehlerquote* zwischen 0.0000 und 0.0052 % über alle Fragebögen ohne besondere Fehlerhäufungen. Die mittlere Fehlerquote aller 46 Fälle betrug

0.000509 %. Diese Fehlerquoten können als sehr gering betrachtet werden. Eine zusätzliche Überprüfung des Datensatzes wurde anschließend anhand der Prozedur „FREQUENCIES“ in SPSS für die Antwortkategorien aller Variablen vorgenommen. Dazu wurden die gelisteten Werte mit den theoretisch möglichen Werten verglichen, nochmals auf Eingabefehler untersucht und diese bei offensichtlichen Eingabefehlern korrigiert.

Substitution fehlender Werte und Umgang mit uneindeutigen Antworten: Üblicherweise sollten ausschließlich solche Probanden berücksichtigt werden, die mindestens 50 % der Items einer Skala beantwortet haben (Schön, 2002). In Studie 1 haben jeweils zwei Probandinnen den FSKN-, den EDI-2-, den FFB-, und den SCL-90-R-Teilfragebogen nicht vollständig ausgefüllt, so dass das 50 % Kriterium verletzt wurde.¹¹ Für die statistischen Berechnungen wurden die Angaben der Teilnehmerinnen in diesen mangelhaft ausgefüllten Teilfragebögen nicht berücksichtigt (paarweiser Ausschluss) (Wirtz, 2004). Wurden von einer Vp mindestens 50 % der Items einer Skala beantwortet, wurden fehlende Werte einzelner Items durch das arithmetische Mittel der vorhandenen Items der Skala geschätzt (personenspezifische Schätzung) (Schön, 2002).¹² Für den seltenen Fall, dass bei der Beantwortung eines Items zwei Antwortalternativen ausgewählt worden waren, wurde folgendes Vorgehen gewählt (Böhmer, 2002): Lagen die beiden angekreuzten Werte direkt nebeneinander, wurde der Mittelwert zwischen diesen beiden Werten als Antwort auf das Item gewertet. Bei weiter auseinanderliegenden Antworten wurde das Item als unbeantwortet, als fehlender Wert, behandelt und wie beschrieben durch das arithmetische Mittel der vorhandenen Items der Skala geschätzt.

3.1.4 Ergebnisse

Nach der Beschreibung der Methodik sollen nun die Ergebnisse dargestellt werden. Es wurde vermutet, dass sich junge Frauen mit einem niedrigen Risiko für Essstörungen (NR), junge Frauen mit einem hohen Risiko für Essstörungen (HR) und junge Frauen mit manifester Essstörungenproblematik (MG) hinsichtlich verschiedener Risikofaktoren

¹¹ Dabei handelte es sich um sieben verschiedene Vpn. Nach genauer Überprüfung der fehlenden Angaben ist anzunehmen, dass die fehlenden Werte auf ein versehentliches und zufälliges „Überblättern“ der jeweiligen Seiten der Teilfragebögen zurückzuführen ist. Für den Umgang mit fehlenden Werten siehe auch Müller (2002) sowie Schafer und Graham (2002).

¹² Sowohl bei der SCL-90-R als auch beim EDE-Q erfolgte in diesem Fall die Berechnung des Skalenmittels mit reduziertem Divisor.

für Essstörungen sowie hinsichtlich allgemeiner und essstörungsspezifischer psychopathologischer Auffälligkeiten unterscheiden. Die Gruppeneinteilung NR-HR-MG (vgl. Kapitel 3.1.3.3 und Tabelle 3.8) erfolgte zum einen anhand des erzielten WCS-Scores, zum anderen anhand von Hinweisen auf ein bereits deutlich gestörtes Essverhalten aus dem soziodemografischen Fragebogen und den Angaben im EDE-Q (vgl. Kapitel 3.1.3.2).

Die Vergleiche der Variablen zum Selbstwertgefühl, zum BMI, zur Internalisierung des Schlankheitsideals sowie zu weiteren essstörungsspezifischen und allgemeinen psychopathologischen Auffälligkeiten erfolgte bei mehrdimensionalen Konstrukten über *einfaktorielle multivariate (MANOVA)* bzw. bei eindimensionalen Konstrukten und Gesamtwerten über *einfaktorielle univariate Varianzanalysen (ANOVA)*.

Mehrdimensionale Konstrukte: MANOVAS müssen angewendet werden, wenn das zu untersuchende Konstrukt (z. B. Selbstwertgefühl) durch mehrere abhängige Variablen, die zumindest theoretisch als wechselseitig abhängig vorstellbar sind, operationalisiert wird. Bei der Verwendung eines multivariaten Tests werden Zusammenhänge der abhängigen Variablen untereinander bei der Berechnung der Prüfstatistik berücksichtigt, so dass das Problem der α -Fehler-Kumulierung vermieden werden kann (Bortz, 2005, Kap. 17; Rudolf & Müller, 2004, Kap. 3). Als vergleichsweise teststarke und robuste Prüfstatistik für den multivariaten Gesamteffekt wurde generell *Pillai's Spurkriterium* verwendet (Diehl & Staufenbiel, 2007, Kap. 65; Rudolf & Müller, 2004, Kap. 3).

Die Voraussetzungen der MANOVA entsprechen den Voraussetzungen der univariaten Analysen bezogen auf den multivariaten Fall: die Unabhängigkeit der Beobachtungen, Intervallskalenniveau der Messungen, die multivariate Normalverteilung der abhängigen Variablen in der Population und die Homogenität der Varianz-/Kovarianzmatrizen (Rudolf & Müller, 2004, Kap. 3). Die Überprüfung der Voraussetzungen und das Vorgehen bei Verletzung derselbigen orientierte sich an den Empfehlungen von Stößel (2008).

Im Anschluss an signifikante multivariate Tests wurden post-hoc einfaktorielle ANOVAS (vgl. auch den folgenden Abschnitt) zur Überprüfung der Unterschiede für die einzelnen Variablen berechnet, wobei die Irrtumswahrscheinlichkeiten der univariaten F-Tests bzw. Welch-Tests (asymptotisch F-verteilte Prüfstatistik) bezüglich der Anzahl der abhängigen Variablen anhand der Bonferoni-Prozedur korrigiert wurden (Bortz, 2005, Kap. 7). Auf eine multivariate Korrektur der Post-hoc-Tests (Scheffé bzw.

Games-Howell) bei signifikanten Gruppenunterschieden wurde verzichtet, um die Power nicht zu stark zu reduzieren.

Eindimensionale Konstrukte und Gesamtwerte: Im Anschluss an die Berechnung von einfaktoriellen ANOVAS wurden bei Signifikanz des F-Werts post-hoc multiple Mittelwertsvergleiche berechnet. Bei Varianzgleichheit sollte der Scheffé-Test durchgeführt werden, der auch für ungleich große Gruppen exakte Werte ergibt, bei Varianzheterogenität der Games-Howell-Test, der auch bei Nichtnormalität der Verteilung der abhängigen Variablen empfohlen wird (Janssen & Laatz, 2005, Kap. 14).

Die Voraussetzungen der ANOVA sind, neben der Unabhängigkeit der Messwerte (die Vergleichsgruppen sind unabhängige Zufallsstichproben) und dem Intervallskalenniveau der abhängigen Variablen, die Normalverteilung der Kriteriumsvariablen in der Population sowie die Homogenität der Varianzen innerhalb der Vergleichsgruppen (Janssen & Laatz, 2005, Kap. 14; Pospeschill, 2006, Kap. 13; Rasch, Frieze, Hofmann & Naumann, 2006, Kap.5).

Die Überprüfung der Varianzhomogenität erfolgte mit dem Levene-Test ($p = 0.20$), bei Varianzheterogenität wurde anstatt des F-Test der Welch-Test (asymptotisch F-verteilte Prüfstatistik) verwendet (Diehl & Staufienbiel, 2007, Kap. 49; Rudolf & Müller, 2004, Kap. 3). Da die ANOVA bei genügend großen Stichproben (n jeder Gruppe > 10) relativ robust gegen Verletzungen der Normalverteilungsvoraussetzung ist (Bortz, 2005, Kap. 7; Pospeschill, 2006, Kap. 13; Rudolf & Müller, 2004, Kap. 3) wurde auf die gezielte Überprüfung auf Normalverteilung, z. B. mittels des Kolmogorov-Smirnov-Tests, verzichtet.

WCS-Score: Der durchschnittliche WCS-Score belief sich in der NR-Gruppe auf 22.47 ($SD = 11.43$), in der HR-Gruppe auf 56.10 ($SD = 11.55$) und in der MG-Gruppe auf 48.15 ($SD = 25.72$). Die drei Gruppen NR-HR-MG unterschieden sich hoch signifikant ($p \leq 0.01$) in den erzielten WCS-Werten (Welch-Test: $F [2, 82.65] = 349.38$). Dabei unterschied sich die NR-Gruppe wie erwartet hoch signifikant ($p \leq 0.01$) von der HR-Gruppe (Mittlere Differenz = -33.63) und der MG-Gruppe (Mittlere Differenz = -25.68) (Games-Howell-Test). Zwischen der HR-Gruppe und der MG-Gruppe fand sich kein signifikanter Unterschied ($p \geq 0.05$).

3.1.4.1 Hypothese 1

Zur Überprüfung der Gruppenunterschiede (NR-HR-MG) bezüglich des *Selbstwertgefühls* wurden die 10 Skalen des *FSKN* zunächst mittels einer einfaktoriellen MANOVA

analysiert. Der Test von Pillai ergab einen sehr signifikanten ($p \leq 0.01$) simultanen Einfluss des Faktors Gruppe auf das Selbstwertgefühl der Probandinnen ($F [20, 890] = 3.37$).

Tabelle 3.9 zeigt die Mittelwerte und Standardabweichungen der einzelnen Gruppen über alle 10 Variablen des FSKN sowie des FSKN-Gesamtwert, Tabelle 3.10 gibt die Ergebnisse der post-hoc durchgeführten einfaktoriellen ANOVAS sowie die Ergebnisse der einfaktoriellen ANOVA für den FSKN-Gesamtwert wieder.

Wie aus Tabelle 3.10 hervorgeht, unterschieden sich die drei Gruppen NR-HR-MG signifikant ($p \leq 0.005$; Bonferoni-korrigiert) hinsichtlich der *Allgemeinen Leistungsfähigkeit*, der *Allgemeinen Problembewältigung*, der *Allgemeinen Verhaltens-, Entscheidungssicherheit*, des *Allgemeinen Selbstwerts*, der *Empfindlichkeit/Gestimmtheit*, der *Wertschätzung durch Andere*, der *Irritierbarkeit durch Andere*, der *Gefühle/Beziehungen zu Anderen* sowie hoch signifikant hinsichtlich des *FSKN-Gesamtwerts* ($p \leq 0.01$). Hinsichtlich der Skalen „Standfestigkeit“ und „Kontakt-, Umgangsfähigkeit“ fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen ($p \geq 0.005$; Bonferoni-korrigiert).

Tabelle 3.11 zeigt die berechneten Effektmaße (Eta-Quadrat und ε^{13}). Dabei entspricht $0 < \varepsilon < 0.20$ einem schwachen Effekt, $0.20 < \varepsilon < 0.40$ einem mittleren Effekt und $\varepsilon > 0.40$ einem starken Effekt (Pospeschill, 2006, Kap. 13). Es fanden sich durchgehend mittlere Effekte.

Die signifikanten Gruppenunterschiede wurden post-hoc mit Hilfe des Games-Howell-Tests weiter analysiert, um festzustellen, welche der Gruppen für die signifikanten Gruppenunterschiede verantwortlich zeichnen. Hoch signifikante Unterschiede ($p \leq 0.01$) fanden sich zwischen der NR- und der HR-Gruppe auf den Skalen „Allgemeine Leistungsfähigkeit“, „Allgemeine Problembewältigung“, „Allgemeine Verhaltens-, Entscheidungssicherheit“, „Allgemeiner Selbstwert“, „Empfindlichkeit/Gestimmtheit“, „Wertschätzung durch Andere“, „Irritierbarkeit durch Andere“, „Gefühle/Beziehungen zu Anderen“ und bezüglich des „FSKN-Gesamtwerts“. Ebenso fanden sich sehr signifikante ($p \leq 0.01$) Unterschiede zwischen der NR-Gruppe und der MG-Gruppe auf der Skala „Gefühle, Beziehungen zu Anderen“ und bezüglich des „FSKN-Gesamtwerts“ sowie signifikante Unterschiede ($p \leq 0.05$) auf den Skalen „Allgemeine Problembewältigung“, „Allgemeine Verhaltens-, Entscheidungssicherheit“ und

¹³ $\varepsilon = \sqrt{\text{Eta-Quadrat}/(1-\text{Eta-Quadrat})}$ (Pospeschill, 2006, S. 276).

„Allgemeiner Selbstwert“. Die HR-Gruppe und die MG-Gruppe unterschieden sich hingegen auf keiner der Skalen signifikant voneinander ($p \geq 0.05$).

Wie Tabelle 3.9 entnommen werden kann, weisen die signifikanten Unterschiede hypothesenkonform in die vermutete Richtung: Die Mittelwerte der HR-Gruppe (und der MG-Gruppe) sind niedriger als die Mittelwerte der NR-Gruppe, d. h., die HR-Gruppe verfügte im Vergleich zur NR-Gruppe nahezu in allen Bereichen über ein reduziertes Selbstwertgefühl.

Tabelle 3.9: Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) der 10 FSKN-Skalen und des FSKN-Gesamtwerts in den drei Gruppen NR-HR-MG

FSKN-Skalen	Gruppe-NR M (SD)	Gruppe-HR M (SD)	Gruppe-MG M (SD)
Allgemeine Leistungsfähigkeit	48.30 (6.11)	44.97 (7.08)	45.49 (7.88)
Allgemeine Problembewältigung	46.14 (5.85)	43.39 (6.10)	42.76 (7.57)
Allgemeine Verhaltens-, Entscheidungssicherheit	26.68 (3.84)	24.49 (4.30)	24.32 (5.06)
Allgemeiner Selbstwert	51.87 (5.81)	47.69 (7.65)	46.74 (10.13)
Empfindlichkeit/Gestimmtheit	23.32 (4.45)	20.83 (4.38)	21.46 (5.48)
Standfestigkeit	52.78 (9.92)	50.15 (10.16)	49.66 (10.09)
Kontakt-, Umgangsfähigkeit	26.57 (4.20)	25.56 (4.63)	24.68 (3.86)
Wertschätzung durch Andere	29.47 (3.71)	27.42 (4.37)	27.25 (5.75)
Irritierbarkeit durch Andere	25.71 (3.55)	23.59 (3.78)	24.00 (4.82)
Gefühle, Beziehungen zu Anderen	29.39 (3.33)	28.08 (3.63)	26.89 (4.00)
FSKN-Gesamtwert	360.23 (38.62)	336.16 (41.52)	333.24 (50.11)

Tabelle 3.10: Ergebnisse der post-hoc einfaktoriellen ANOVAS der 10 FSKN-Skalen und der einfaktoriellen ANOVA des FSKN-Gesamtwerts

FSKN-Skalen	F (df)	p
Allgemeine Leistungsfähigkeit	10.70 (2, 85.65) ^a	0.000 ^b
Allgemeine Problembewältigung	10.50 (2, 86.53) ^a	0.000 ^b
Allgemeine Verhaltens-, Entscheidungssicherheit	13.34 (2, 85.66) ^a	0.000 ^b
Allgemeiner Selbstwert	16.72 (2, 81.44) ^a	0.000 ^b
Empfindlichkeit/Gestimmtheit	13.59 (2, 87.77) ^a	0.000 ^b
Standfestigkeit	3.81 (2, 453) ^c	0.023 ^b
Kontakt-, Umgangsfähigkeit	4.69 (2, 453) ^c	0.010 ^b
Wertschätzung durch Andere	11.22 (2, 83.44) ^a	0.000 ^b
Irritierbarkeit durch Andere	13.94 (2, 85.79) ^a	0.000 ^b
Gefühle, Beziehungen zu Anderen	10.71 (2, 87.23) ^a	0.000 ^b
FSKN-Gesamtwert	17.04 (2, 86.24) ^a	0.000 ^d

Anmerkungen. ^a Welch-Test. ^b korrigiertes α -Niveau nach Bonferoni: $\alpha' = 0.05/10 = 0.005$. ^c F-Test. ^d unkorrigiertes α -Niveau: $\alpha = 0.05$.

Tabelle 3.11: Effektgrößen der signifikanten Befunde der FSKN-Skalen und des FSKN-Gesamtwerts

FSKN-Skalen	Eta-Quadrat	ε
Allgemeine Leistungsfähigkeit	0.051	0.23
Allgemeine Problembewältigung	0.049	0.23
Allgemeine Verhaltens-, Entscheidungssicherheit	0.062	0.26
Allgemeiner Selbstwert	0.088	0.31
Empfindlichkeit/Gestimmtheit	0.056	0.24
Wertschätzung durch Andere	0.055	0.24
Irritierbarkeit durch Andere	0.060	0.25
Gefühle, Beziehungen zu Anderen	0.052	0.23
FSKN-Gesamtwert	0.077	0.29

3.1.4.2 Hypothese 2

Der durchschnittliche *FFB*-Score belief sich in der NR-Gruppe auf 59.65 ($SD = 18.02$), in der HR-Gruppe auf 99.27 ($SD = 24.24$) und in der MG-Gruppe auf 97.72 ($SD = 36.77$). Dabei fand sich ein hoch signifikanter Unterschied ($p \leq 0.01$) in den Mittelwerten des *FFB* zwischen den drei Gruppen (Welch-Test: $F [2, 80.24] = 133.31$; Eta-Quadrat = 0.418, $\varepsilon = 0.85$ = starker Effekt¹⁴), wobei sich die NR-Gruppe wie erwartet als hoch signifikant ($p \leq 0.01$) *zufriedener mit dem eigenen Körper* erwies als die HR-Gruppe (Mittlere Differenz = -39.62) und die MG-Gruppe (Mittlere Differenz = -38.06) (Games-Howell-Test). Zwischen der HR-Gruppe und der MG-Gruppe fand sich kein signifikanter Unterschied ($p \geq 0.05$).

3.1.4.3 Hypothese 3

Es wurde vermutet, dass junge Frauen mit einem hohen Risiko für Essstörungen stärker *gezügelter Essen*, mehr *essensbezogene Sorgen* sowie mehr *Sorgen um das eigene Gewicht* und die *Figur* aufweisen als junge Frauen mit einem niedrigen Risiko für Essstörungen.

Zur Überprüfung der Gruppenunterschiede (NR-HR-MG) bezüglich dieser essstörungsspezifischen Pathologie wurden die vier Skalen des *EDE-Q* zunächst mittels einer einfaktoriellen MANOVA analysiert. Der Test von Pillai ergab einen sehr signifikanten

($p \leq 0.01$) simultanen Einfluss des Faktors Gruppe auf die essstörungsspezifische Pathologie der Probandinnen ($F [8, 906] = 45.88$).

Tabelle 3.12 zeigt die Mittelwerte und Standardabweichungen der einzelnen Gruppen über alle vier Variablen des EDE-Q sowie des EDE-Q-Gesamtwerts, Tabelle 3.13 gibt die Ergebnisse der post-hoc durchgeführten einfaktoriellen ANOVAS sowie die Ergebnisse der einfaktoriellen ANOVA für den EDE-Q-Gesamtwert wieder.

Wie aus Tabelle 3.13 hervorgeht, unterschieden sich die drei Gruppen NR-HR-MG signifikant ($p \leq 0.012$; Bonferoni-korrigiert) hinsichtlich der *Restraint-Skala*, der *Eating Concern Skala*, der *Weight Concern Skala* und der *Shape Concern Skala* sowie hoch signifikant hinsichtlich des *EDE-Q-Gesamtwerts* ($p \leq 0.01$).

Tabelle 3.14 zeigt die berechneten Effektmaße (Eta-Quadrat und ε^{15}). Dabei entspricht $0 < \varepsilon < 0.20$ einem schwachen Effekt, $0.20 < \varepsilon < 0.40$ einem mittleren Effekt und $\varepsilon > 0.40$ einem starken Effekt (Pospeschill, 2006, Kap. 13). Zu konstatieren sind demnach durchgehend starke Effekte.

Die signifikanten Gruppenunterschiede wurden post-hoc mit Hilfe des Games-Howell-Tests weiter analysiert, um festzustellen, welche der Gruppen für die signifikanten Gruppenunterschiede verantwortlich zeichnen. Hoch signifikante Unterschiede ($p \leq 0.01$) fanden sich zwischen der NR- und der HR-Gruppe sowie der NR- und der MG-Gruppe auf den Skalen „Restraint“, „Eating Concern“, „Weight Concern“, „Shape Concern“ und bezüglich des „EDE-Q-Gesamtwerts“. Die HR-Gruppe und die MG-Gruppe unterschieden sich hingegen auf keiner der Skalen signifikant voneinander ($p \geq 0.05$).

Wie Tabelle 3.12 entnommen werden kann, weisen die signifikanten Unterschiede hypothesenkonform in die vermutete Richtung: Die Mittelwerte der NR-Gruppe sind niedriger als die Mittelwerte der HR-Gruppe und der MG-Gruppe, d. h., die NR-Gruppe wies im Vergleich zur HR-Gruppe und der MG-Gruppe eine geringere essstörungsspezifische Psychopathologie auf.

¹⁴ $0 < \varepsilon < 0.20$ entspricht einem schwachen Effekt, $0.20 < \varepsilon < 0.40$ einem mittleren Effekt und $\varepsilon > 0.40$ einem starken Effekt (Pospeschill, 2006, Kap. 13).

¹⁵ $\varepsilon = \sqrt{\text{Eta-Quadrat} / (1 - \text{Eta-Quadrat})}$ (Pospeschill, 2006, S. 276).

Tabelle 3.12: Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) der vier EDE-Q-Skalen und des EDE-Q-Gesamtwerts in den drei Gruppen NR-HR-MG

EDE-Q-Skalen	Gruppe-NR M (SD)	Gruppe-HR M (SD)	Gruppe-MG M (SD)
Restraint-Skala	0.50 (0.61)	2.05 (1.40)	1.85 (1.72)
Eating Concern Skala	0.21 (0.32)	0.96 (0.80)	1.57 (1.54)
Weight Concern Skala	0.75 (0.76)	2.36 (1.04)	2.51 (1.62)
Shape Concern Skala	1.05 (0.87)	2.85 (0.94)	2.84 (1.75)
EDE-Q-Gesamtwert	0.63 (0.55)	2.06 (0.77)	1.10 (0.99)

Tabelle 3.13: Ergebnisse der post-hoc einfaktoriellen ANOVAS der vier EDE-Q-Skalen und der einfaktoriellen ANOVA des EDE-Q-Gesamtwerts

EDE-Q-Skalen	F (df)	p
Restraint-Skala	72.14 (2, 75.77) ^a	0.000 ^b
Eating Concern Skala	57.15 (2, 74.49) ^a	0.000 ^b
Weight Concern Skala	124.41 (2, 79.94) ^a	0.000 ^b
Shape Concern Skala	164.17 (2, 82.55) ^a	0.000 ^b
EDE-Q-Gesamtwert	170.70 (2, 78.78) ^a	0.000 ^c

Anmerkungen. ^a Welch-Test. ^b korrigiertes α -Niveau nach Bonferoni: $\alpha' = 0.05/4 = 0.012$. ^c unkorrigiertes α -Niveau: $\alpha = 0.05$.

Tabelle 3.14: Effektgrößen der signifikanten Befunde der EDE-Q-Skalen und des EDE-Q-Gesamtwerts

EDE-Q-Skalen	Eta-Quadrat	ε
Restraint-Skala	0.342	0.72
Eating Concern Skala	0.325	0.69
Weight Concern Skala	0.410	0.83
Shape Concern Skala	0.421	0.85
EDE-Q-Gesamtwert	0.470	0.94

3.1.4.4 Hypothese 4 a

Die Überprüfung der *BDI-II*-Gruppenunterschiede ergab einen sehr signifikanten Effekt ($p \leq 0.01$): Die NR-HR-MG-Gruppen erwiesen sich als unterschiedlich stark *depressiv verstimmt* (Welch-Test: $F [2, 82.03] = 15.64$; Eta-Quadrat = 0.081, $\varepsilon = 0.30^{16}$). Nach Pospeschill (2006, Kap. 13) handelt es sich bei $\varepsilon = 0.30$ um einen Effekt mittlerer Größe.

¹⁶ $\varepsilon = \sqrt{\text{Eta-Quadrat}/(1-\text{Eta-Quadrat})}$ (Pospeschill, 2006, S. 276).

Die Probandinnen der NR-Gruppe waren weniger stark depressiv verstimmt ($M = 6.98$; $SD = 5.56$) als die HR-Gruppe ($M = 10.57$; $SD = 6.73$) und die MG-Gruppe ($M = 11.97$; $SD = 10.10$). Die post-hoc Berechnung des Games-Howell-Tests ergab, dass sich die NR-Gruppe hinsichtlich Depressivität hoch signifikant ($p \leq 0.01$) von der HR-Gruppe (Mittlere Differenz = -3.59) und signifikant ($p \leq 0.05$) von der MG-Gruppe (Mittlere Differenz = -4.99) unterschied. Zwischen der HR-Gruppe und der MG-Gruppe fand sich kein signifikanter Unterschied ($p \geq 0.05$).

3.1.4.5 Hypothese 4 b

Weiterhin wurde vermutet, dass junge Frauen mit einem hohen Risiko für Essstörungen häufiger weitere *allgemeine psychopathologische Auffälligkeiten* aufweisen als junge Frauen mit einem niedrigen Risiko.

Zur Überprüfung der Gruppenunterschiede (NR-HR-MG) bezüglich allgemeiner psychopathologischer Auffälligkeiten wurden die neun Skalen der *SCL-90-R* zunächst mittels einer einfaktoriellen MANOVA analysiert. Der Test von Pillai ergab einen sehr signifikanten ($p \leq 0.01$) simultanen Einfluss des Faktors Gruppe auf die allgemeine psychopathologische Belastung der Probandinnen ($F [18, 894] = 3.16$).

Tabelle 3.15 zeigt die Mittelwerte und Standardabweichungen der einzelnen Gruppen über alle neun Variablen der *SCL-90-R* und des *SCL-90-R-GSI*-Werts, Tabelle 3.16 gibt die Ergebnisse der post-hoc durchgeführten einfaktoriellen ANOVAS sowie die Ergebnisse der einfaktoriellen ANOVA für den *SCL-90-R-GSI*-Wert wieder.

Wie aus Tabelle 3.16 hervorgeht, unterschieden sich die drei Gruppen NR-HR-MG signifikant ($p \leq 0.005$; Bonferoni-korrigiert) hinsichtlich der Skalen *Somatisierung*, *Zwanghaftigkeit*, *Unsicherheit im Sozialkontakt*, *Depressivität*, *Paranoides Denken* und *Psychotizismus* sowie hoch signifikant hinsichtlich des *SCL-90-R-Gesamtwerts* ($p \leq 0.01$).

Tabelle 3.17 zeigt die berechneten Effektmaße (Eta-Quadrat und ε^{17}). Dabei entspricht $0 < \varepsilon < 0.20$ einem schwachen Effekt, $0.20 < \varepsilon < 0.40$ einem mittleren Effekt und $\varepsilon > 0.40$ einem starken Effekt (Pospeschill, 2006, Kap. 13). Zu konstatieren sind demnach kleine und mittlere Effekte.

¹⁷ $\varepsilon = \sqrt{\text{Eta-Quadrat} / (1 - \text{Eta-Quadrat})}$ (Pospeschill, 2006, S. 276).

Die signifikanten Gruppenunterschiede wurden post-hoc mit Hilfe des Games-Howell-Tests weiter analysiert, um festzustellen, welche der Gruppen für die signifikanten Gruppenunterschiede verantwortlich zeichnen.

Hoch signifikante Unterschiede ($p \leq 0.01$) fanden sich zwischen der NR- und der HR-Gruppe auf den Skalen „Somatisierung“, „Zwanghaftigkeit“, „Unsicherheit im Sozialkontakt“, „Depressivität“, „Paranoides Denken“, „Psychotizismus“ und bezüglich des „SCL-90-R-GSI-Werts“ sowie zwischen der NR- und der MG-Gruppe auf den Skalen „Unsicherheit im Sozialkontakt“ und „Psychotizismus“. Darüber hinaus fanden sich signifikante Unterschiede ($p \leq 0.05$) zwischen der NR- und der MG-Gruppe auf den Skalen „Zwanghaftigkeit“, „Depressivität“ und bezüglich des „SCL-90-R-GSI-Werts“. Die HR-Gruppe und die MG-Gruppe unterschieden sich hingegen auf keiner der Skalen signifikant voneinander ($p \geq 0.05$).

Wie Tabelle 3.15 entnommen werden kann, weisen die signifikanten Unterschiede hypothesenkonform in die vermutete Richtung: Die Mittelwerte der NR-Gruppe sind niedriger als die Mittelwerte der HR-Gruppe und der MG-Gruppe, d. h., die NR-Gruppe wies im Vergleich zur HR-Gruppe und der MG-Gruppe eine geringere allgemeine psychopathologische Belastung auf.

Tabelle 3.15: Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) der neun SCL-90-R-Skalen und des SCL-90-R-GSI-Werts in den drei Gruppen NR-HR-MG

SCL-90-R-Skalen	Gruppe-NR M (SD)	Gruppe-HR M (SD)	Gruppe-MG M (SD)
Somatisierung	0.46 (0.36)	0.61 (0.47)	0.65 (0.60)
Zwanghaftigkeit	0.66 (0.51)	0.87 (0.59)	0.93 (0.63)
Unsicherheit im Sozialkontakt	0.53 (0.45)	0.80 (0.61)	0.96 (0.72)
Depressivität	0.58 (0.48)	0.81 (0.55)	0.97 (0.82)
Ängstlichkeit	0.40 (0.42)	0.53 (0.45)	0.54 (0.60)
Aggressivität	0.40 (0.46)	0.53 (0.50)	0.60 (0.63)
Phobische Angst	0.19 (0.31)	0.33 (0.45)	0.36 (0.52)
Paranoides Denken	0.38 (0.43)	0.57 (0.57)	0.58 (0.62)
Psychotizismus	0.17 (0.26)	0.35 (0.37)	0.50 (0.67)
SCL-90-R-GSI	0.43 (0.31)	0.62 (0.38)	0.70 (0.53)

Tabelle 3.16: Ergebnisse der post-hoc einfaktoriellen ANOVAS der neun SCL-90-R-Skalen und der einfaktoriellen ANOVA des SCL-90-R-GSI-Werts

SCL-90--Skalen	<i>F</i> (<i>df</i>)	<i>p</i>
Somatisierung	6.44 (2, 82.01) ^a	0.003 ^b
Zwanghaftigkeit	7.54 (2, 86.50) ^a	0.001 ^b
Unsicherheit im Sozialkontakt	14.09 (2, 82.01) ^a	0.000 ^b
Depressivität	10.81 (2, 82.94) ^a	0.000 ^b
Ängstlichkeit	3.82 (2, 85.13) ^a	0.026 ^b
Aggressivität	4.37 (2, 85.40) ^a	0.016 ^b
Phobische Angst	5.22 (2, 81.25) ^a	0.007 ^b
Paranoides Denken	6.37 (2, 83.53) ^a	0.003 ^b
Psychotizismus	13.43 (2, 78.76) ^a	0.000 ^b
SCL-90-R-GSI	13.91 (2, 82.30) ^a	0.000 ^c

Anmerkungen. ^a Welch-Test. ^b korrigiertes α -Niveau nach Bonferoni: $\alpha' = 0.05/9 = 0.005$. ^c unkorrigiertes α -Niveau: $\alpha = 0.05$.

Tabelle 3.17: Effektgrößen der signifikanten Befunde der SCL-90-R-Skalen und des SCL-90-R-GSI-Werts

SCL-90-Skalen	Eta-Quadrat	ϵ
Somatisierung	0.035	0.19
Zwanghaftigkeit	0.037	0.20
Unsicherheit im Sozialkontakt	0.079	0.29
Depressivität	0.060	0.25
Paranoides Denken	0.034	0.19
Psychotizismus	0.081	0.30
SCL-90-R-GSI	0.074	0.28

3.1.4.6 Hypothese 4 c

Es wurde überprüft, ob junge Frauen mit einem hohen Risiko für Essstörungen im Vergleich zu jungen Frauen mit einem niedrigen Risiko vermehrt weitere *essstörungsspezifische psychopathologische Auffälligkeiten* aufweisen. Insbesondere wurde vermutet, dass sich junge Frauen mit einem hohen Risiko für Essstörungen im Vergleich zu jungen Frauen mit einem niedrigen Risiko stärker an dem durch die Medien transportierten Schlankkeitsideal orientieren (stärkere *Internalisierung des Schlankkeitsideals/Schlankkeitsstreben*).

Zur Überprüfung der Gruppenunterschiede (NR-HR-MG) bezüglich weiterer *essstörungsspezifischer psychopathologischer Auffälligkeiten* wurden die 11 Skalen des EDI-2 zunächst mittels einer einfaktoriellen MANOVA analysiert. Der Test von Pillai

ergab einen sehr signifikanten ($p \leq 0.01$) simultanen Einfluss des Faktors Gruppe auf die essstörungsspezifische Psychopathologie der Probandinnen ($F [22, 888] = 15.06$).

Tabelle 3.18 zeigt die Mittelwerte und Standardabweichungen der einzelnen Gruppen über alle 11 Variablen des EDI-2 sowie des EDI-2-Gesamtwerts, Tabelle 3.19 gibt die Ergebnisse der post-hoc durchgeführten einfaktoriellen ANOVAS sowie die Ergebnisse der einfaktoriellen ANOVA für den EDI-2-Gesamtwert wieder.

Wie aus Tabelle 3.19 hervorgeht, unterschieden sich die drei Gruppen NR-HR-MG signifikant ($p \leq 0.004$; Bonferoni-korrigiert) hinsichtlich des *Schlankheitsstrebens*, *Bulimie*, der *Unzufriedenheit mit dem Körper*, *Ineffektivität/Selbstwertdefizits*, *Perfektionismus*, der *Interozeptive Wahrnehmung*, *Askese*, *Impulsregulation*, *Sozialer Unsicherheit* sowie hoch signifikant hinsichtlich des *EDI-2-Gesamtwerts* ($p \leq 0.01$). Hinsichtlich der Skalen „Interpersonelles Misstrauen“ und „Angst vor dem Erwachsenwerden“ fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen ($p \geq 0.004$; Bonferoni-korrigiert).

Tabelle 3.20 zeigt die berechneten Effektmaße (Eta-Quadrat und ϵ^{18}). Dabei entspricht $0 < \epsilon < 0.20$ einem schwachen Effekt, $0.20 < \epsilon < 0.40$ einem mittleren Effekt und $\epsilon > 0.40$ einem starken Effekt (Pospeschill, 2006, Kap. 13). Es fanden sich insgesamt sechs starke Effekte (der größte davon bezüglich der Skala Schlankheitsstreben), drei mittlere und ein kleiner Effekt.

Die signifikanten Gruppenunterschiede wurden post-hoc mit Hilfe des Games-Howell-Tests weiter analysiert, um festzustellen, welche der Gruppen für die signifikanten Gruppenunterschiede verantwortlich zeichnen.

Hoch signifikante Unterschiede ($p \leq 0.01$) fanden sich zwischen der NR- und der HR-Gruppe auf den Skalen „Schlankheitsstreben“, „Bulimie“, „Unzufriedenheit mit dem Körper“, „Ineffektivität/Selbstwertdefizit“, „Perfektionismus“, „Interozeptive Wahrnehmung“, „Askese“, „Impulsregulation“, „Soziale Unsicherheit“ und bezüglich des „EDI-2-Gesamtwerts“. Ebenso fanden sich sehr signifikante ($p \leq 0.01$) Unterschiede zwischen der NR-Gruppe und der MG-Gruppe auf den Skalen „Schlankheitsstreben“, „Bulimie“, „Unzufriedenheit mit dem Körper“, „Interozeptive Wahrnehmung“, „Askese“, „Soziale Unsicherheit“, bezüglich des „EDI-2-Gesamtwerts“ sowie signifikante Unterschiede ($p \leq 0.05$) auf den Skalen „Ineffektivität/Selbstwertdefizit“ und „Impulsregulation“. Die HR-Gruppe und die MG-Gruppe unterschieden sich hingegen auf keiner der Skalen signifikant voneinander ($p \geq 0.05$).

Wie Tabelle 3.18 entnommen werden kann, weisen die signifikanten Unterschiede hypothesenkonform in die vermutete Richtung: Die Mittelwerte der HR-Gruppe (und der MG-Gruppe) sind höher als die Mittelwerte der NR-Gruppe, d. h., die HR-Gruppe wies im Vergleich zur NR-Gruppe nahezu in allen Bereichen eine stärkere essstörungsspezifische Psychopathologie auf.

Tabelle 3.18: Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) der 11 EDI-2-Skalen und des EDI-2-Gesamtwerts in den drei Gruppen NR-HR-MG

EDI-2-Skalen	Gruppe-NR M (SD)	Gruppe-HR M (SD)	Gruppe-MG M (SD)
Schlankheitsstreben (Primärsymptomatik Essstörungen)	13.59 (4.91)	24.73 (5.93)	25.71 (10.92)
Bulimie (Primärsymptomatik Essstörungen)	10.09 (2.82)	14.47 (4.95)	17.28 (7.35)
Unzufriedenheit mit dem Körper (Primärsymptomatik Essstörungen)	25.50 (8.95)	39.09 (8.18)	36.24 (10.72)
Ineffektivität/Selbstwertdefizit	20.01 (5.63)	23.55 (6.82)	24.03 (8.58)
Perfektionismus	18.00 (5.00)	20.00 (5.92)	20.00 (5.72)
Interpersonelles Misstrauen	16.65 (4.79)	18.03 (5.23)	18.83 (6.92)
Interozeptive Wahrnehmung	19.96 (4.99)	25.01 (7.22)	26.04 (8.40)
Angst vor dem Erwachsenwerden	23.41 (5.61)	23.92 (5.75)	25.18 (5.94)
Askese	14.43 (3.17)	17.93 (4.83)	18.31 (5.36)
Impulsregulation	20.74 (5.28)	23.73 (7.11)	24.19 (6.66)
Soziale Unsicherheit	19.53 (5.19)	22.27 (5.76)	23.42 (6.83)
EDI-2-Gesamtwert	201.87 (34.14)	252.73 (42.95)	259.22 (56.15)

Tabelle 3.19: Ergebnisse der post-hoc einfaktoriellen ANOVAS der 11 EDI-2-Skalen und der einfaktoriellen ANOVA des EDI-2-Gesamtwerts

EDI-2-Skalen	F (df)	p
Schlankheitsstreben (Primärsymptomatik Essstörungen)	168.44 (2, 79.07) ^a	0.000 ^b
Bulimie (Primärsymptomatik Essstörungen)	52.69 (2, 75.65) ^a	0.000 ^b
Unzufriedenheit mit dem Körper (Primärsymptomatik Essstörungen)	111.85 (2, 86.75) ^a	0.000 ^b
Ineffektivität/Selbstwertdefizit	14.33 (2, 81.53) ^a	0.000 ^b
Perfektionismus	6.56 (2, 84.94) ^a	0.002 ^b
Interpersonelles Misstrauen	4.16 (2, 82.95) ^a	0.019 ^b

¹⁸ $\varepsilon = \sqrt{\text{Eta-Quadrat}/(1-\text{Eta-Quadrat})}$ (Pospeschill, 2006, S. 276).

Interozeptive Wahrnehmung	29.65 (2, 79.27) ^a	0.000 ^b
Angst vor dem Erwachsenwerden	1.72 (2, 453) ^c	0.181 ^b
Askese	31.53 (2, 78.88) ^a	0.000 ^b
Impulsregulation	11.35 (2, 82.89) ^a	0.000 ^b
Soziale Unsicherheit	13.45 (2, 83.86) ^a	0.000 ^b
EDI-2-Gesamtwert	74.73 (2, 80.54) ^a	0.000 ^d

Anmerkungen. ^a Welch-Test. ^b korrigiertes α -Niveau nach Bonferoni: $\alpha' = 0.05/11 = 0.004$. ^c F-Test. ^d unkorrigiertes α -Niveau: $\alpha = 0.05$.

Tabelle 3.20: Effektgrößen der signifikanten Befunde der EDI-2-Skalen und des EDI-2-Gesamtwerts

EDI-2-Skalen	Eta-Quadrat	ϵ
Schlankheitsstreben (Primärsymptomatik Essstörungen)	0.454	0.91
Bulimie (Primärsymptomatik Essstörungen)	0.283	0.63
Unzufriedenheit mit dem Körper (Primärsymptomatik Essstörungen)	0.315	0.68
Ineffektivität/Selbstwertdefizit	0.071	0.28
Perfektionismus	0.032	0.18
Interozeptive Wahrnehmung	0.151	0.42
Askese	0.161	0.44
Impulsregulation	0.058	0.25
Soziale Unsicherheit	0.065	0.26
EDI-2-Gesamtwert	0.289	0.64

3.1.4.7 Hypothese 5

Der durchschnittliche *BMI* belief sich in der NR-Gruppe auf 20.86 ($SD = 2.17$), in der HR-Gruppe auf 22.59 ($SD = 2.81$) und in der MG-Gruppe auf 21.85 ($SD = 4.87$). Es fand sich ein hoch signifikanter Unterschied ($p \leq 0.01$) in den Mittelwerten des BMI zwischen den drei Gruppen (Welch-Test: $F [2, 80.03] = 17.23$; Eta-Quadrat = 0.073, $\epsilon = 0.28$ = mittlerer Effekt¹⁹), wobei sich die NR-Gruppe wie erwartet als hoch signifikant leichter ($p \leq 0.01$) erwies als die HR-Gruppe (Mittlere Differenz = -1.73) (Games-Howell-Test). Sowohl zwischen der NR-Gruppe und der MG-Gruppe als auch zwischen der HR-Gruppe und der MG-Gruppe fand sich kein signifikanter Unterschied ($p \geq 0.05$).

¹⁹ $0 < \epsilon < 0.20$ entspricht einem schwachen Effekt, $0.20 < \epsilon < 0.40$ einem mittleren Effekt und $\epsilon > 0.40$ einem starken Effekt (Pospeschill, 2006, Kap. 13).

3.1.5 Diskussion

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Studie 1 im Einzelnen diskutiert. Gegenstand der vorliegenden Fragebogenstudie ist die Untersuchung von Zusammenhängen zwischen Risikofaktoren für Essstörungen und allgemeinen sowie essstörungsspezifischen psychopathologischen Auffälligkeiten. Ein hohes Risiko für Essstörungen wurde in der vorliegenden Studie generell mittels des erzielten Fragebogenscores der WCS operationalisiert (vgl. Kapitel 3.1.3.2 und Kapitel 3.1.5.1).

Die Befunde werden zunächst im Rahmen der referierten theoretischen Modelle und Konstrukte sowie deren Operationalisierungen interpretiert (Kapitel 3.1.5.1 bis 3.1.5.6). Die Darstellung erfolgt dabei in der Reihenfolge der Fragestellungen und Hypothesen. Anschließend erfolgt die Erörterung methodischer Stärken und Einschränkungen (Kapitel 3.1.5.7). Zuletzt werden ein kurzer Ausblick und Empfehlungen für zukünftige Untersuchungen skizziert (Kapitel 3.1.5.8).

3.1.5.1 Die Verwendung der WCS zur Einteilung von Hochrisiko- und Niedrigrisikogruppe

Als einer der wohl am besten belegten und klinisch bedeutsamsten Risikofaktoren für Essstörungen kann neben einem weiblichen Geschlecht und einem negativen Selbstwertgefühl das Konstrukt der *Weight Concerns* gelten, welches, neben der übermäßigen Sorge um die eigene Figur und das Gewicht, Diäthalten, ein negatives Körperselfbild und die ständige Beschäftigung mit einem schlanken/dünnen Körper umfasst. Obwohl verschiedene Untersuchungen jeweils Teilbereiche des Konstrukts mit unterschiedlichen Operationalisierungen untersucht haben, ergaben sich dennoch höchst konsistente Befunde bezüglich der Bedeutsamkeit von Weight Concerns für die Entstehung vollständiger und partieller Essstörungen (Jacobi & Fittig, 2008; Jacobi, Hayward et al., 2004; Jacobi & Neubert, 2005; Killen et al., 1996; Killen et al., 1994; Stice & Agras, 1998; Taylor et al., 2003).

Aus diesem Grund wurde in den vorliegenden Studien 1 bis 3 die WCS in der deutschen Adaptation von Grund (2004) zur Einteilung der Hochrisiko- und Niedrigrisikogruppe für Essstörungen verwendet (vgl. Kapitel 3.1.3.2). Bei 37 Studentinnen lag laut eigener Angaben bereits manifest gestörtes Essverhalten vor. Da davon ausgegangen wird, dass es einen kontinuierlichen Übergang von gesundem Essverhalten, über eher leichtere Auffälligkeiten, über partielle Syndrome hin zu manifest ausgeprägten Essstö-

rungsproblematiken gibt (Kontinuitätshypothese), wurden diese 37 Studentinnen als eigene Gruppe in die Studie 1 miteinbezogen (Gruppe „Manifest Gestört“/MG).

Wie erwartet unterschied sich die NR-Gruppe hoch signifikant von der HR-Gruppe und der MG-Gruppe und wies einen deutlich niedrigeren mittleren WCS-Score auf. Zwischen der HR-Gruppe und der MG-Gruppe fand sich jedoch wider Erwarten kein signifikanter Unterschied (angenommen wurde, dass die MG-Gruppe – da stärker gestört und damit gemäß der Kontinuitätshypothese mit einem höheren Risiko behaftet – einen höheren mittleren WCS-Score aufweisen sollte als die HR-Gruppe).

Ebenso unterschieden sich die HR-Gruppe und die MG-Gruppe nicht signifikant bezüglich des Selbstwertgefühls, der Körperunzufriedenheit, des gezügelten Essens, essensbezogener Sorgen, Sorgen um das eigene Gewicht und die Figur, Depressivität, weiterer allgemeiner und essstörungsspezifischer psychopathologischer Auffälligkeiten sowie der Internalisierung des Schlankheitsideals und des BMI.

Von den 37 Vpn der MG-Gruppe erzielten 25 einen WCS-Score ≥ 42 und hätten somit auch der HR-Gruppe zugeordnet werden können. 12 Probandinnen dieser Gruppe erzielten jedoch einen WCS-Score < 42 . Da die Zuordnung zur MG-Gruppe lediglich aufgrund der Angaben der Probandinnen im soziodemografischen Teilfragebogen und im EDE-Q erfolgte, ist nicht auszuschließen, dass sich die MG-Gruppe heterogen zusammensetzte. Möglicherweise befanden sich bereits therapierte Essstörungspatientinnen oder Teilnehmerinnen mit akuter Essstörungsproblematik und Bagatellisierungstendenzen unter den Probandinnen der MG-Gruppe.²⁰ Dies könnte zu verzerrten (zu niedrigen) WCS-Scores geführt haben.

3.1.5.2 Risikostatus für Essstörungen und Selbstwertgefühl

Von Interesse war, ob junge Frauen mit einem hohen Risiko für Essstörungen im Vergleich zu jungen Frauen mit einem niedrigen Risiko wie vermutet ein reduziertes *Selbstwertgefühl* aufweisen. Das Konstrukt „Selbstwertgefühl“ wurde als organisiertes Konzeptmuster zur eigenen Person, das sich auf mannigfaltige Bereiche bezieht, multi-dimensional konzeptualisiert und mittels der 10 Skalen der *FSKN* operationalisiert (vgl. Kapitel 3.1.3.2).

Gemäß der Hypothese zeigte sich, dass Frauen mit einem hohen Risiko für Essstörungen bzw. mit einem bereits manifest gestörtem Essverhalten im Vergleich zu Frauen

mit einem niedrigen Risiko in nahezu allen Bereichen über ein reduziertes Selbstwertgefühl verfügen (FSKN-Gesamtwert). Die HR-Frauen/MG-Frauen der Studie empfanden sich als weniger leistungsfähig, erfolgreich, intelligent und erlebten und erwarteten mehr berufliche Misserfolge als NR-Frauen (FSKN-Skala „Allgemeine Leistungsfähigkeit“).

Darüber hinaus sahen sich die HR-Frauen/MG-Frauen weniger in der Lage, mit allgemeinen Problemen und Schwierigkeiten des Lebens zu Recht zu kommen, und wiesen weniger Lebenszuversicht und mehr Lebensangst auf als NR-Frauen (FSKN-Skala „Allgemeine Problembewältigung“). Bei der Bewertung eigenen Verhaltens sowie in Entscheidungssituationen erlebten sie sich als unsicherer (FSKN-Skala „Allgemeine Verhaltens- und Entscheidungssicherheit“), sie achteten sich selbst geringer, waren weniger zufrieden mit der eigenen Person (FSKN-Skala „Allgemeiner Selbstwert“) und bewerteten sich selbst als weniger fröhlich, als zu empfindlich und als leicht verletzbar (FSKN-Skala „Empfindlichkeit/Gestimmtheit“).

Die Frauen mit einem hohen Risiko für Essstörungen bzw. mit bereits stärker gestörtem Essverhalten fühlten sich zudem von bedeutsamen Anderen weniger wertgeschätzt und geliebt (FSKN-Skala „Wertschätzung durch Andere“). In ihrem Erleben hatten andere Personen einen stärkeren (verunsichernden) Einfluss auf ihre eigenen Vorstellungen, ihre Emotionen und ihr Verhalten (FSKN-Skala „Irritierbarkeit durch Andere“). Sie erlebten sich vermehrt Anderen unterlegen, hatten mehr Schwierigkeiten, Fehler zuzugeben und empfanden in der Beziehung zu Anderen mehr Vertrauensprobleme (FSKN-Skala „Gefühle, Beziehungen zu Anderen“).

Bezüglich der Fähigkeit der Äußerung und Durchsetzung eigener Vorstellungen, Meinungen und Standpunkte (FSKN-Skala „Standfestigkeit gegenüber Gruppen“) sowie bezüglich der Fähigkeit, mit anderen Personen Kontakte zu knüpfen (FSKN-Skala „Kontakt- und Umgangsfähigkeit“), erlebten sich die HR-Frauen und Frauen mit stärker gestörtem Essverhalten hingegen als nicht beeinträchtigt als die NR-Frauen.

Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse (durchgehend mittlere Effekte), dass ein hohes Risiko für Essstörungen mit einem reduzierten Selbstwertgefühl einhergeht, welches wiederum mit Neurotizismus, Ängstlichkeit, Gehemmtheit, Irritierbarkeit und Depressivität korreliert (Deusinger, 1986). Dieser Zusammenhang wird auch durch die

²⁰ Aus diesem Grund wurden die 37 Personen der MG-Gruppe dezidiert von der Teilnahme an Studie 2 ausgeschlossen (vgl. Kapitel 3.2.3.1).

Ergebnisse der *Skala „Ineffektivität/Selbstwertdefizit“* des *EDI-2* unterstützt (vgl. Kapitel 3.1.5.5).

Die gefundenen Ergebnisse sind konsistent mit den Befunden zahlreicher anderer Studien, die – trotz unterschiedlicher Operationalisierungen und Studiendesigns – den Zusammenhang „je höher das Risiko für Essstörungen bzw. je gestörter das Essverhalten, desto geringer das Selbstwertgefühl“ belegen (z. B. Cervera et al., 2003; Ghaderi, 2001; Hill & Pallin, 1998; Jacobi, 1999, 2000; Jacobi, Hayward et al., 2004; Jacobi, Paul, de Zwaan, Nutzinger & Dahme, 2004; Jacobi et al., 2003; Lilenfeld, Wonderlich, Riso, Crosby & J. E. Mitchell, 2006; Mussell, Binford & Fulkerson, 2000; Polivy & Herman, 2002).

3.1.5.3 Risikostatus für Essstörungen und Körperunzufriedenheit

Die vorliegende Untersuchung zielte darauf ab zu überprüfen, ob junge Frauen mit einem hohen Risiko für Essstörungen im Vergleich zu jungen Frauen mit einem niedrigen Risiko wie vermutet unzufriedener mit ihrem Körper sind. Das Konstrukt „*Körperunzufriedenheit*“ wurde mit dem *FFB* operationalisiert (vgl. Kapitel 3.1.3.2).

Die Ergebnisse unterstützen die Hypothese, dass HR-Frauen und MG-Frauen eine deutlich stärkere Körperunzufriedenheit zeigen als NR-Frauen ($\varepsilon = 0.85$, starker Effekt). Dieser Zusammenhang steht im Einklang mit den Ergebnissen der *Skala „Unzufriedenheit mit dem Körper“* des *EDI-2* (vgl. Kapitel 3.1.5.5) und überrascht nicht, da u. a. ein niedriges Selbstwertgefühl (vgl. Kapitel 3.1.5.2) in Verbindung mit Körperunzufriedenheit gebracht wird (z. B. Masheb, Grilo, Burke-Martindale & Rothschild, 2006).

Körperunzufriedenheit wiederum gilt als empirisch bestätigter Risikofaktor für Diätverhaltensweisen, negative Emotionalität sowie gestörtes Essverhalten und spielt eine bedeutsame Rolle bei der Aufrechterhaltung bulimischer Symptome (Cooley & Toray, 2001; Ghaderi, 2001; Jacobi & Neubert, 2005; Killen et al., 1996; Mussell et al., 2000; Polivy & Herman, 2002; Pook et al., 2002; Stice, 2002a, 2002b).

3.1.5.4 Risikostatus für Essstörungen und gezügeltes Essen, essensbezogene Sorgen sowie Sorgen um das eigene Gewicht und die Figur

Ein weiterer Untersuchungsaspekt der vorliegenden Studie betraf den Zusammenhang zwischen dem Risikostatus für Essstörungen und den Konstrukten „*gezügeltes Essen*“, „*essensbezogene Sorgen*“ sowie „*Sorgen um das eigene Gewicht*“ und „*Sorgen um die eigene Figur*“, die mit dem *EDE-Q* operationalisiert wurden (vgl. Kapitel 3.1.3.2).

Auch hier wurde erwartet, dass Frauen mit einem hohen Risiko für Essstörungen im Vergleich zu Frauen mit einem niedrigen Risiko stärker gezügeltes Essen, mehr essensbezogene Sorgen sowie mehr Sorgen um das eigene Gewicht und die Figur aufweisen. Die Ergebnisse unterstützen die Hypothese deutlich (EDE-Q-Gesamtwert; durchgehend starke Effekte). Sowohl die HR-Frauen als auch die MG-Frauen berichteten von gezügeltem Essverhalten und davon, dass sie über längere Zeitspannen nichts essen und bestimmte Nahrungsmittel vermeiden, sowie von der konsequenteren Befolgung bestimmter Diätregeln und von dem Wunsch, einen leeren Magen zu haben (EDE-Q-Skala „Restraint“).

Darüber hinaus beschäftigten sie sich stärker als die NR-Frauen mit Nahrungsmitteln, Essen oder Kalorien, hatten eine deutlichere Angst, die Kontrolle über das Essen zu verlieren, aßen häufiger heimlich, erlebten häufiger Schuldgefühle beim Essen und waren häufiger beunruhigt beim Essen in Gesellschaft (EDE-Q-Skala „Eating Concern“). Die Beschäftigung mit dem Gewicht, der Wunsch abzunehmen, der Einfluss des Gewichts auf das Selbstwertempfinden sowie die Unzufriedenheit mit dem Gewicht nahmen bei ihnen einen deutlich größeren Raum ein als bei den NR-Frauen (EDE-Q-Skala „Weight Concern“).

Das Gleiche gilt für den Wunsch nach einem flachen Bauch, die Beschäftigung und die Unzufriedenheit mit der Figur, die Angst vor einer Gewichtszunahme, das Gefühl, zu dick zu sein, das Unbehagen beim Betrachten des eigenen Körpers und beim Entkleiden in Gegenwart Anderer sowie die Wichtigkeit der Figur für das Selbstwertgefühl (EDE-Q-Skala „Shape Concern“).

Die in dieser Studie gefundene übermäßige Bedeutsamkeit von Figur und Gewicht für die Selbstbewertung gilt als empirisch bestätigter Risikofaktor für die Entwicklung einer Essstörungsproblematik (Jacobi & Fittig, 2008; Jacobi, Hayward et al., 2004; Jacobi & Neubert, 2005; Mussell et al., 2000; Striegel-Moore, 1997) und gehört aufgrund seiner hohen diagnostischen Validität zu den offiziellen Diagnosekriterien einer AN und BN nach DSM-IV-TR (APA, 2000/2003). Nach McFarlane, McCabe, Jarry, Olmsted und Polivy (2001) ist dabei von einem Kontinuum auszugehen:

... that weight-based self-esteem may exist on a continuum; those with eating disorders at one end (i. e., weight and shape are very important to self-worth), unrestrained eaters at the other end (i. e., weight and shape are not important to self-worth), and restrained eaters falling somewhere in between, although they are more similar to those with eating disorders. (S. 333)

Darüber hinaus werden Sorgen um das Gewicht und die Figur vielfach in Zusammenhang mit depressivem Erleben und einem reduzierten Selbstwertgefühl gebracht (Mussell et al., 2000; Rierdan & Koff, 1997; Tiggemann & Stevens, 1999).

3.1.5.5 Risikostatus für Essstörungen und Depressivität, weitere allgemeine und essstörungsspezifische psychopathologische Auffälligkeiten sowie Internalisierung des Schlankheitsideals

Es wurde überprüft, ob – wie vermutet – junge Frauen mit einem hohen Risiko für Essstörungen stärker *depressiv* verstimmt sind (operationalisiert mit dem *BDI-II* und der *SCL-90-R-Skala „Depressivität“*) und häufiger weitere *allgemeine* (operationalisiert mit der *SCL-90-R*) und *essstörungsspezifische* (operationalisiert mit dem *EDI-2*) *psychopathologische Auffälligkeiten* aufweisen als junge Frauen mit einem niedrigen Risiko. Es wurde erwartet, dass sich junge Frauen mit einem hohen Risiko für Essstörungen im Vergleich zu jungen Frauen mit einem niedrigen Risiko stärker an dem durch die Medien transportierten *Schlankheitsideal* orientieren, d. h., dieses stärker internalisiert haben (*EDI-2-Skala „Schlankheitsstreben“*).

Gemäß der Hypothese gaben die HR-Frauen und die MG-Frauen an, sich im Vergleich zu NR-Frauen depressiver zu fühlen (jeweils ein Effekt mittlerer Größe im *BDI-II* und der *SCL-90-R-Skala „Depressivität“*). Die NR-Gruppe erwies sich im Vergleich zur HR-Gruppe hypothesenkonform als insgesamt weniger psychopathologisch auffällig (*SCL-90-R-GSI*) und erzielte geringere Werte auf den *SCL-90-R-Skalen „Somatisierung“, „Zwanghaftigkeit“, „Unsicherheit im Sozialkontakt“, „Paranoides Denken“* und *„Psychotizismus“*. Ebenso unterschieden sich die Frauen mit einem niedrigen Risiko für Essstörungen hypothesenkonform von den MG-Frauen (signifikant bzw. hoch signifikant niedrigere Werte auf den *SCL-90-R-Skalen „GSI“, „Zwanghaftigkeit“, „Unsicherheit im Sozialkontakt“* und *„Psychotizismus“*). Zu konstatieren sind kleine und mittlere Effekte.

Diese Befunde zur Depressivität und zu weiteren allgemeinen psychopathologischen Auffälligkeiten gehen konform mit in der Literatur diskutierten emotionalen Risikobedingungen für Essstörungen. Es gibt erste Hinweise, dass eine erhöhte Depressivität ursächlich für eine gesteigerte Körperunzufriedenheit sein könnte (Keel, J. E. Mitchell, Davis & Crow, 2001). Darüber hinaus werden eine negative Emotionalität und eine Komorbidität mit Angststörungen sowie mit sonstigen neurotischen Symptomatiken, wie z. B. Perfektionismus oder Impulsivität, vielfach in Verbindung mit manifesten Essstörungsproblematiken gebracht, wobei die genauen Zusammenhänge (tatsächliche

Komorbidität? Emotionale Auffälligkeiten als Auslöser oder als Sekundärproblematiken?) noch nicht abschließend geklärt sind (Bulik et al., 2003; Claes, Vandereycken & Vertommen, 2005; P. J. Cooper, 1995; Forbush, Heatherton & Keel, 2007; Ghaderi, 2001; Jacobi & Neubert, 2005; C. Johnson & Larson, 1982; Keel, Klump, Miller, McGue & Iacono, 2005; Köppe & Tuschen-Caffier, 2002; Mussell et al., 2000; C. A. Pearson & Gleaves, 2006; Shafran, Z. Cooper & Fairburn, 2002; Shafran, Lee, Payne & Fairburn, 2006; Stice, 2000a, 2000b; Vitousek & Manke, 1994; Wade, Bulik, Neale & Kendler, 2000).

Weiterhin wurde untersucht, ob sich junge Frauen mit einem hohen Risiko für Essstörungen hinsichtlich essstörungsspezifischer psychopathologischer Auffälligkeiten von Frauen mit einem niedrigen Risiko für Essstörungen unterscheiden.

Insbesondere wurden Unterschiede im Ausmaß der Internalisierung des Schlankheitsideals zwischen HR- und NR-Frauen vermutet, da der wahrgenommene soziokulturelle Druck, schlank zu sein, sowie die Internalisierung des Schlankheitsideals als empirisch bestätigte Risikofaktoren für Körperunzufriedenheit, Diätverhaltensweisen, negative Emotionalität sowie eine Essstörungssymptomatik gelten und eine wichtige Rolle bei der Aufrechterhaltung bulimischer Symptome spielen (Cafri et al., 2005; Dobmeyer & Stein, 2003; Halliwell & Harvey, 2006; Jacobi & Neubert, 2005; McCarthy, 1990; Mussell et al., 2000; Stice, 2002a, 2002b; Sands & Wardle, 2003; Stice & Whitenton, 2002; The McKnight Investigators, 2003).

Auch hier konnte die formulierte Hypothese bestätigt werden: Die HR-Gruppe und die MG-Gruppe berichteten im Vergleich zur NR-Gruppe von einer ausgeprägteren Internalisierung des Schlankheitsideals (EDI-2-Skala „Schlankheitsstreben“), einer ausgeprägteren Beschäftigung mit bulimischer Symptomatik (EDI-2-Skala „Bulimie“), einer größeren Unzufriedenheit mit dem Körper (EDI-2-Skala „Unzufriedenheit mit dem Körper“) und wiesen insgesamt eine stärker ausgeprägte essstörungsspezifische Psychopathologie (EDI-2-Gesamtwert) auf (große Effekte; vgl. auch Kapitel 3.1.5.3).

Darüber hinaus gaben HR- und MG-Frauen an, sich im Vergleich zu NR-Frauen unzulänglicher und wertloser zu fühlen (EDI-2-Skala „Ineffektivität/Selbstwertdefizit“; vgl. auch Kapitel 3.1.5.2), nur höchste Standards bezüglich eigener Leistungen zu akzeptieren (EDI-2-Skala „Perfektionismus“), verunsicherter hinsichtlich gefühlsmäßiger und körperlicher Funktionen zu sein (EDI-2-Skala „Interozeptive Wahrnehmung“) sowie mehr nach geistigen Idealen wie Selbstdisziplin, Selbstverleugnung, Selbstbeherr-

schung, Selbstaufopferung und Kontrolle über körperliche Bedürfnisse zu streben (EDI-2-Skala „Askese“).

Zudem berichteten sie von einer ausgeprägteren Tendenz zu impulsivem Handeln, von Stimmungsschwankungen, Alkoholmissbrauch, Rücksichtslosigkeit, Feindlichkeit, Destruktivität in interpersonellen Beziehungen und Selbstdestruktivität (EDI-2-Skala „Impulsregulation“) sowie von stärker ausgeprägten sozialen Selbstzweifeln und Unglücklichsein in sozialen Beziehungen (EDI-2-Skala „Soziale Unsicherheit“).

3.1.5.6 Risikostatus für Essstörungen und BMI

Vermutet wurde, dass Frauen mit einem hohen Risiko für Essstörungen bzw. mit manifester Essstörungsproblematik ein *höheres Körpergewicht* (operationalisiert mit dem *BMI*) aufweisen als Frauen mit einem niedrigen Risiko für Essstörungen.

Die HR-Gruppe war hypothesenkonform hoch signifikant schwerer als die NR-Gruppe. Ein erhöhter BMI gilt wiederum als empirisch bestätigter Risikofaktor für einen erhöhten wahrgenommenen sozialen Druck, schlank zu sein, für Körperunzufriedenheit (vgl. Kapitel 3.1.5.3), für Diätverhaltensweisen, für Sorgen um das Gewicht und die Figur (vgl. Kapitel 3.1.5.1 und 3.1.5.4), für ein reduziertes Selbstwertempfinden (vgl. Kapitel 3.1.5.2) und depressive bzw. negative Gefühle (vgl. Kapitel 3.1.5.5) (Burrows & M. Cooper, 2002; Presnell et al., 2004; Sands & Wardle, 2003; Stice, 2002a, 2002b; Stice & Whitenton, 2002).

Zwischen der NR-Gruppe und der MG-Gruppe fand sich wider Erwarten kein signifikanter Unterschied bezüglich des Körpergewichts. Dies könnte darauf hinweisen (vgl. Kapitel 3.1.5.1), dass sich in der MG-Gruppe Frauen mit unterschiedlich gestörtem Essverhalten befanden (u. a. in Richtung Anorexie, was mit einem tendenziell niedrigeren Körpergewicht einhergeht).

3.1.5.7 Methodische Stärken und Einschränkungen

Das Design dieser Studie hat eine Reihe von Vorteilen. Erstens war es durch die Verwendung einer Fragebogenbatterie möglich, ökonomisch eine große Anzahl an weiblichen Vpn zu untersuchen. Dies war u. a. erforderlich, da die Teilnehmerinnen an den Studien 2 und 3 (Hochrisikofrauen) aus dem Pool der Probandinnen der Studie 1 rekrutiert wurden (vgl. Kapitel 3.1.3.1).

Zweitens wurden alle untersuchten Konstrukte mit Verfahren operationalisiert, die international verbreitet sind und deren psychometrische Güte als hinreichend belegt

gelten kann. Mit dem Einsatz der WCS zur Einteilung einer Hochrisiko- und Niedrigrisikogruppe für Essstörungen wurde ein relativ neues und innovatives Verfahren eingesetzt, welches sich als Screening-Verfahren für Essstörungen zunehmend auch im deutschen Sprachraum zu etablieren beginnt. Mittels ausbalancierter Vorgabe der Teilfragebögen wurden Sequenzeffekte kontrolliert.

Drittens kann die erzielte Rücklaufquote mit ca. 60 % als gut bezeichnet werden, so dass von einer hinreichenden Repräsentativität der Untersuchungsergebnisse ausgegangen werden kann. Darüber hinaus ist es unwahrscheinlich, dass sich Studienteilnehmerinnen und Probandinnen, die eine Teilnahme an der Studie ablehnten (als Gründe wurden zumeist „demnächst viele Klausuren/Referate, keine Zeit“ oder „keine Lust, eh schon zu viele Evaluationen/Umfragen/Studien an der Universität“ genannt) systematisch in Bezug auf die untersuchten Merkmale unterschieden, da in der Cover-Story dezidiert ein Bezug zum Thema Essstörungen vermieden wurde (vgl. Kapitel 3.1.3.3).

Selbstbeurteilungsfragebögen haben jedoch auch gewisse Nachteile. Zum einen sind sie manipulierbar, indem die Antworten aufeinander abgestimmt und im Nachhinein noch verändert werden können. Zum anderen kann nicht kontrolliert werden, ob die Probanden die Fragen ernst nehmen und konzentriert und ehrlich beantworten.

Körper, Gewicht, Figur, Essstörungen und damit verbundene Symptome sind für viele Frauen ein heikles Thema und jede Studie läuft Gefahr, dass Frauen aus Scham das Ausmaß ihrer Probleme verschweigen bzw. eine Teilnahme verweigern. Dies kann mit letzter Gewissheit auch in der vorliegenden Studie nicht ausgeschlossen werden. Des Weiteren wurde im Anschluss an Studie 1 kein „Naivitätscheck“ durchgeführt, so dass nicht abschließend beurteilt werden kann, ob alle Teilnehmerinnen die Cover-Story auch wirklich glaubten.

Eine weitere Einschränkung der vorliegenden Arbeit besteht darin, dass nur Frauen der Hauptrisikogruppen (18 bis 25 Jahre) untersucht wurden. Die Ergebnisse lassen somit keine Aussagen bezüglich sehr junger oder älterer Frauen zu. Ebenso können keine Aussagen bezüglich Risikofaktoren für Essstörungen bei Männern getroffen werden (Fragen der externen Validität).

Zuletzt gilt es kritisch anzumerken, dass bei einem Querschnittsdesign letzten Endes keine Aussagen über ursächliche Zusammenhänge getroffen werden können.

3.1.5.8 Ausblick und Empfehlungen

Der in Kapitel 3.1.5.1 beschriebenen, möglicherweise vorliegenden Verzerrung bei der Definition der MG-Gruppe kann in einer Folgestudie folgendermaßen begegnet werden: Jacobi, Abascal et al. (2004) empfehlen ein sequenzielles Vorgehen, um Personen mit manifester Essstörungsproblematik möglichst treffsicher zu diagnostizieren. In einem ersten Schritt werden Probanden mit einem Screening-Fragebogen (z. B. WCS) in Hochrisiko- und Niedrigrisikopersonen eingeteilt. Ausschließlich Personen mit einem hohen Risiko werden dann in einem nächsten Schritt mit einem weiteren Selbstbeurteilungsfragebogen untersucht, der spezifischer für Essstörungen ist. Erzielen die Probanden auch in diesem Fragebogen ein Ergebnis, das für das Vorliegen einer Essstörung spricht, wird in einem letzten Schritt ein ausführliches klinisches Interview durchgeführt, um die Diagnose einer Essstörung zu erhärten bzw. zurückzuweisen.

Darüber hinaus werden folgende Empfehlungen für weitere Untersuchungen gegeben:

- Replikation der Untersuchung mit jüngeren oder älteren Frauen
- Replikation der Untersuchung mit Männern
- Durchführung eines Naivitätschecks nach Ausfüllen der Fragebogenbatterie
- Längsschnittdesign zur Untersuchung der erhobenen Konstrukte

3.2 *Studie 2 - Computerexperiment: Zusammenhang zwischen einem hohen Risiko für Essstörungen und der Beeinflussbarkeit durch das medial präsentierte Schlankheitsideal*

3.2.1 **Einleitung und Untersuchungsvariablen**

Laut internationaler Korrelations-, experimenteller und quasi-experimenteller Studien orientieren sich junge Frauen mit einem hohen Risiko für Essstörungen im Vergleich zu jungen Frauen mit einem niedrigen Risiko²¹ stärker an dem durch die Medien transportierten Schlankheitsideal, konsumieren häufiger solche Medien, berichten häufiger von einer stärkeren Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper, einer negativen Beeinflussbarkeit ihrer Stimmung und einem reduzierten Selbstwertgefühl infolge der Wahrnehmung einer Diskrepanz zwischen der eigenen Figur/Gewicht und dem Schlankheitsideal (Andrist, 2003; A. E. Becker & Hamburg, 1996; Borzekowski & Bayer, 2005; Engeln-Maddox, 2005; Irving, 2001; Pinhas, Toner, Garfinkel & Stuckless, 1999; Tiggemann & Pickering, 1996; Waller et al., 1994).²²

Diese Befunde werden auch durch eine Interviewstudie gestützt, in welcher weibliche Patientinnen mit manifesten Essstörungen angaben, sich im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen häufiger durch das in Printmedien präsentierte Schlankheitsideal beeinflussen zu lassen: „It’s become a total obsession: wanting to look like the models in the magazines, looking at the diets that they put in magazines. And trying to look like them, become like them (bulimic, age 19)“ (Murray, Touz & Beumont, 1996, S. 43).

Heinberg und Thompson (1995) fanden in ihrer Untersuchung, dass Frauen mit einer ausgeprägten Internalisierung des Schlankheitsideals und kognitiven Verzerrungen hinsichtlich des äußeren Erscheinungsbildes nach der Darbietung von Mediendarstellungen attraktiver und schlanker Models trauriger und ärgerlicher wurden. Ebenso stieg ihre Unzufriedenheit mit dem Körper an. In einer weiteren Studie sorgten sich junge Frauen nach der Konfrontation mit Modelfotos mehr um das eigene Gewicht als nach der Konfrontation mit neutralen Bildern, aber nur, wenn sie von vornherein mit ihrem Körper unzufrieden waren (H. D. Posavac, S. S. Posavac & E. J. Posavac, 1998).

²¹ Ein hohes bzw. ein niedriges Risiko wird in verschiedenen Studien unterschiedlich operationalisiert. In der vorliegenden Studie erfolgt die Operationalisierung mittels des erzielten Fragebogenscores der WCS (vgl. Kapitel 3.1.3.2).

Durkin und Paxton (2002) fanden in ihrer experimentellen Studie vergleichbare negative Auswirkungen bei Schülerinnen der 7. und der 10. Klasse. Ebenso erwiesen sich Frauen und Mädchen mit einem höheren BMI als anfälliger für negative Medienwirkungen (Durkin & Paxton, 2002; E. Henderson-King & D. Henderson-King, 1997). In einer Studie von Field et al. (1999) gaben 69 % der untersuchten Mädchen der 5. bis 12. Klasse an, dass Fotos in Modezeitschriften ihre Vorstellung vom perfekten Körper beeinflussen, und 47 % der Mädchen wollten wegen diesen Fotos abnehmen. Je häufiger weibliche Teenager Zeitschriftenartikel über Diäten und Gewichtsverlust lesen, desto häufiger berichten sie von ungesunden Abnehmversuchen sowie von depressiven Verstimmungen, Körperunzufriedenheit und gesunkenem Selbstwertgefühl (Utter, Neumark-Sztainer, Wall & Story, 2003).

In einer viel zitierten Metaanalyse von 25 experimentellen Studien (Groesz, Levine & Murnen, 2002) wird eine durchschnittliche Effektstärke von $d = -0.31$ für negative Medieneffekte berichtet. Über alle Studien hinweg fühlen sich Frauen, nachdem sie Bildern mit sehr schlanken Models ausgesetzt waren, schlechter, wobei insbesondere Frauen mit „significant body issues“ (Groesz et al., 2002, S. 8) betroffen sind (Effektstärke $d = -0.50$ vs. $d = -0.10$ bei Frauen „without significant body issues“).

Die Zufriedenheit von Frauen sowohl mit ihrem Gewicht/Körper als auch mit ihrer wahrgenommenen Attraktivität wird durch die Präsenz von sehr schlanken Models in TV-Werbespots und Werbeanzeigen signifikant negativ beeinflusst. Dass diese negativen Effekte auch über die unmittelbare Laborsituation hinaus persistieren, belegen erste Langzeitstudien (Hargreaves & Tiggemann, 2003; Hausenblas, Janelle, Gardner & Focht, 2004; Stice, Spangler & Agras, 2001).

Werden Bilder von attraktiven normalgewichtigen Models als Reize verwendet, werden im Gegensatz dazu neutrale bis positive mediale Einflüsse auf die Stimmung, das Selbstwertgefühl und die Zufriedenheit mit dem äußeren Erscheinungsbild berichtet (Fister & Smith, 2004; Loken & Peck, 2005). Darüber hinaus erwies sich Werbung mit attraktiven normalgewichtigen Models in einer Studie als genauso effizient wie Werbung mit extrem schlanken Models (Halliwell & Dittmar, 2004), was von der Werbewirtschaft oft bestritten wurde.

Wurden lange Zeit individuelle Unterschiede in der Reaktion auf Bilder extrem dünner Models kaum berücksichtigt (Joshi, Herman & Polivy, 2004, S. 334: „One

²² Bislang haben sich nur wenige Studien mit dem Einfluss von Werbemodellen auf psychische Variablen bei Männern beschäftigt (z. B. Lavine, Sweeny und Wagner [1999] sowie Petersen [2005]).

weakness of previous research on the impact of thinness-promoting media has been the assumption that all women respond to thin-body images in the same way“), widmen sich insbesondere neuere Studien verstärkt der Thematik individueller Vulnerabilitätsfaktoren und deren Wechselwirkungen.

Als viel versprechende Moderatorvariablen für das Ausmaß der schädlichen Wirkung medial präsentierter Schlankheitsideale auf junge Frauen wurden u. a. die Internalisierung des Schlankheitsideals, die Unzufriedenheit mit dem Körper, ein höherer BMI, Diskrepanzen zwischen dem tatsächlichen und dem idealen Körperselbstbild, ein niedriges Selbstwertgefühl (z. B. Bessenoff, 2006; Brown & Dittmar, 2005; Cameron & Ferraro, 2004; Dittmar & Howard, 2004; Halliwell & Dittmar, 2004; Harrison, 2001; Heinberg & Thompson, 1995; Higgins, 1989; A. M. Jones & Buckingham, 2005; H. D. Posavac et al., 1998) sowie der Grad der Aufmerksamkeit, mit dem mediale Reize verarbeitet werden (Brown & Dittmar, 2005; Jansen & de Vries, 2002), identifiziert.

Dabei scheinen soziale Vergleichsprozesse (Bessenoff, 2006; Cattarin, Thompson, Thomas & Williams, 2000; Patrick, Neighbors & Knee, 2004; Richins, 1991; Schemer, 2007; Tiggemann & McGill, 2004) sowie die Aktivierung körperbezogener Schemata (Brown & Dittmar, 2005; Hargreaves & Tiggemann, 2002; Heinberg & Thompson, 1995; Markus, 1977) eine vermittelnde Rolle zu spielen. Integrative Modelle diverser Moderator- und Mediatorvariablen wurden u. a. von Durkin, Paxton und Sorbello (2007) sowie von Harrison (2001) formuliert.

Trotz dieser Fortschritte bei der Untersuchung individueller Vulnerabilitätsfaktoren muss weiterhin konstatiert werden, dass „more work is needed to explore the mechanisms through which exposure to idealized media images translates into body image disturbance“ (Engeln-Maddox, 2005, S. 1119).

3.2.2 Fragestellungen und Forschungshypothesen

Vor dem Hintergrund der berichteten internationalen Befunde sollte überprüft werden, inwieweit das Vorliegen eines hohen Risikos für Essstörungen mit der Beeinflussbarkeit deutscher junger Frauen durch Medien und dem durch diese transportierten Schlankheitsideal in Verbindung gebracht werden kann. Folgende Zusammenhänge wurden vermutet:

Hypothese 1a: Die *Gefühle* junger Frauen mit einem hohen Risiko für Essstörungen werden im Vergleich zu den Gefühlen junger Frauen mit einem nied-

rigen Risiko nach der Betrachtung von *dünnen Models* negativer beeinflusst.

Hypothese 1b: Die Beeinflussung der *Gefühle* junger Frauen mit einem hohen Risiko für Essstörungen unterscheidet sich nach der Betrachtung von *normalgewichtigen Models* nicht von der Beeinflussung der Gefühle junger Frauen mit einem niedrigen Risiko.

Hypothese 2a: Das *Selbstwertgefühl* junger Frauen mit einem hohen Risiko für Essstörungen wird im Vergleich zu dem Selbstwertgefühl junger Frauen mit einem niedrigen Risiko nach der Betrachtung von *dünnen Models* negativer beeinflusst.

Hypothese 2b: Die Beeinflussung des *Selbstwertgefühls* junger Frauen mit einem hohen Risiko für Essstörungen unterscheidet sich nach der Betrachtung von *normalgewichtigen Models* nicht von der Beeinflussung des Selbstwertgefühls junger Frauen mit einem niedrigen Risiko.

Hypothese 3a: Die *Zufriedenheit mit dem äußeren Erscheinungsbild, dem Gewicht und dem Körper* junger Frauen mit einem hohen Risiko für Essstörungen wird im Vergleich zu der Zufriedenheit mit dem äußeren Erscheinungsbild, dem Gewicht und dem Körper junger Frauen mit einem niedrigen Risiko nach der Betrachtung von *dünnen Models* negativer beeinflusst.

Hypothese 3b: Die Beeinflussung der *Zufriedenheit mit dem äußeren Erscheinungsbild, dem Gewicht und dem Körper* junger Frauen mit einem hohen Risiko für Essstörungen unterscheidet sich nach der Betrachtung von *normalgewichtigen Models* nicht von der Beeinflussung der Zufriedenheit mit dem äußeren Erscheinungsbild, dem Gewicht und dem Körper junger Frauen mit einem niedrigen Risiko.

Hypothese 4: Junge Frauen mit einem hohen Risiko für Essstörungen orientieren sich im Vergleich zu jungen Frauen mit einem niedrigen Risiko stärker an dem durch die Medien transportierten Schlankheitsideal (*stärkere Internalisierung des Schlankheitsideals*).

Hypothese 5: Junge Frauen mit einem hohen Risiko für Essstörungen weisen im Vergleich zu jungen Frauen mit einem niedrigen Risiko einen ausgeprägteren *Medienkonsum* (Fernsehen, Zeitschrift, Internet) auf.

3.2.3 Methodik

3.2.3.1 Untersuchungsdesign

In einem *quasi-experimentellen Design* wurden mit einem *dreifaktoriellen Pretest-Posttest-Plan* (Bortz & Döring, 2006, Kap. 8) 152 Studentinnen der Universität Regensburg während der Vorlesungszeit des Wintersemesters 2008/2009 mit einem *between-subject Design* untersucht.²³ Die Untersuchung fand in einem ruhigen Versuchslabor der Universität statt.

Die *Rekrutierung der Vpn* erfolgte aus dem Pool der 458 Hochrisiko- und Niedrigrisikofrauen für Essstörungen aus Studie 1 (vgl. Kapitel 3.1). Die 37 Studentinnen der Studie 1, die bereits stärker gestörtes Essverhalten aufwiesen (Gruppe „Manifest Gestört“/MG), wurden von vornherein von Studie 2 ausgeschlossen, da in dieser dezidiert Hochrisikofrauen ohne manifeste Essproblematik mit einer Gruppe von Niedrigrisikofrauen verglichen werden sollte.

Die Kontaktaufnahme erfolgte über das Kontaktformular, welches der Fragebogenbatterie der Studie 1 beigelegt war (vgl. Anhang A). Von den 421 Hochrisiko- und Niedrigrisikofrauen ($n = 458 - 37$) hatten alle bis auf 13 das Kontaktformular ausgefüllt und abgegeben. Somit umfasste der Pool potenzieller Teilnehmerinnen für Studie 2 $n = 408$ Vpn. Von diesen 408 Vpn konnten 152 Studentinnen für die Teilnahme an Studie 2 gewonnen werden. Priming-Effekte der Fragebogenbatterie aus Studie 1 können aufgrund des zeitlichen Abstandes von ca. einem Jahr zwischen Studie 1 und Studie 2 nahezu ausgeschlossen werden.

Als *Dankeschön* für die Teilnahme an Studie 2 erhielten alle Studentinnen einen McDonald's Gutschein oder Süßigkeiten im Wert von ca. 5,00 Euro.²⁴ Nicht-

²³ Laut der Metanalyse von Groesz et al. (2002) sind mit einem between-subject Design größere Effekte zu erwarten als mit einem within-subject Design (durchschnittliche Effektstärke $d = -0.37$ vs. $d = -0.10$).

²⁴ Mein herzlicher Dank gilt wiederum Herrn Frank Mosher von McDonald's Regensburg für die freundliche Unterstützung.

Psychologiestudentinnen wurden zusätzlich mit 8,00 Euro/Std., Psychologiestudentinnen mit ein bis zwei Versuchspersonen- oder Forschungsstunden entschädigt.

Ablauf der Untersuchung: Jede Teilnehmerin wurde an einem zentralen Treffpunkt auf dem Universitätsgelände abgeholt und zum Untersuchungslabor begleitet. Nach dem Lesen der Probandeninformation und dem Unterzeichnen der Einverständniserklärung (vgl. Anhang B) wurden der Probandin drei Pretest-Fragebögen mit der Aufforderung, diese „spontan und aus dem Bauch heraus“ auszufüllen, vorgelegt (vgl. Tabelle 3.21 und Anhang C). Danach erfolgte die Durchführung des Computereperiments (Dauer ca. 10 Minuten), die Versuchsanweisung wurde standardisiert am Computer dargeboten (vgl. Anhang D).²⁵ Abschließend wurde die Vp aufgefordert, sechs Posttest-Fragebögen (vgl. Tabelle 3.21 und Anhang C) möglichst spontan auszufüllen. Jeder Probandin wurde anschließend mitgeteilt, dass sie nach Abschluss der Datenerhebungsphase ausführliches schriftliches Informationsmaterial per e-mail zugesandt bekommen würde.²⁶ Bis dahin wurde jede Teilnehmerin gebeten, gegenüber Kommilitoninnen Stillschweigen über die genauen Abläufe der Studie zu bewahren. Zuletzt wurde die Aufwandsentschädigung ausgeteilt, das Ausfüllen der Versuchspersonen- und Forschungsstundenzettel durchgeführt und die Probandin verabschiedet.

Die Zuweisung zur Experimental- oder Kontrollbedingung erfolgte durch abwechselnde Zuteilung sowohl innerhalb der Gruppe der Hochrisiko- als auch innerhalb der Niedrigrisikofrauen.

3.2.3.2 Beschreibung und Begründung der verwendeten Erhebungsinstrumente

FRAGEBÖGEN

Da es sich bei den in Studie 2 untersuchten Probandinnen um eine Stichprobe der Teilnehmerinnen aus Studie 1 handelte, wurden *soziodemografische Angaben* in Studie 2 nicht erneut erhoben.

Tabelle 3.21 zeigt die verwendeten Pretest- und Posttestfragebögen. Für die statistischen Berechnungen wurden als EDI-2 Pretest-Werte die Angaben der Probandinnen aus Studie 1 verwendet. Soweit erforderlich wurden die Fragebogeninstruktionen und/oder die Itemformulierungen geringfügig verändert, um State-Maße zu erheben.

²⁵ Die Bildbearbeitung des Anhang D erfolgte mit dem Screenshot-Tool *Hardcopy, Version 17.0.17*.

Tabelle 3.21: In Studie 2 verwendete Pretest- und Posttest-Fragebögen

Pretest-Fragebögen	Posttest-Fragebögen
Skala zur Messung von Consumer Sophistication	Manipulationscheck
VAS	VAS
M-DAS	M-DAS
EDI-2 (Werte aus Studie 1)	EDI-2
-	SATAQ
-	Naivitätscheck

- **Skala zur Messung von Consumer Sophistication (Sauer, 2005)**

Das Konstrukt der *Consumer Sophistication* wurde in den 70er-Jahren erstmalig in der Konsumentenverhaltensforschung thematisiert und ist aktuell für die Marketingforschung und die Marketingpraxis von besonderer Relevanz. Ein „sophisticated consumer“ ist laut Sauer (2005)

... ein Verbraucher, der eine effiziente Informationshandhabung betreibt, über ein entsprechendes Maß an Erfahrung in Bezug auf das relevante Produkt verfügt, seine Erfahrungen gerne mit anderen teilt, Konsum-Hedonist ist und Produkte ganz explizit zur Kommunikation seines Selbstbildes an seine Umwelt nutzt. (S. 55)

Lediglich um die *Cover-Story* (Zusammenhang zwischen Medienkonsum, Konsumentenpersönlichkeit, Werbewirksamkeit und Konsumpräferenzen) zu etablieren, wurden – analog der Studie von Bessenoff (2006) – 11 Items der Skala zur Messung von Consumer Sophistication umformuliert und auf die Produktbereiche Mode und Parfüm angewandt. Die Probandinnen sollten jedes Item auf einer 6-stufigen Skala danach beurteilen, wie sehr das Item auf sie zutrifft oder nicht (1 = „trifft gar nicht zu“ bis 6 = „trifft sehr zu“).

Eine Auswertung der Antworten erfolgte im Rahmen der vorliegenden Studie nicht.

- **Visuelle Analogskalen (VAS) (McCormack, Horne & Sheather, 1988)**

VAS wurden verwendet, um unmittelbare Veränderungen der *Zufriedenheit mit dem äußeren Erscheinungsbild, dem Gewicht, dem Körper und mit sich selbst (Selbstwertgefühl)* nach der Durchführung des Computereperiments zu erheben. Die Probandinnen wurden angewiesen, an der Stelle einer horizontalen, 10 cm langen Antwortskala mit den Verankerungen „überhaupt nicht zufrieden“ und „sehr zufrieden“ ein Kreuz zu set-

²⁶ Allen Teilnehmerinnen wurde, sofern sie kontaktiert werden konnten, im Verlauf des Sommersemesters 2009 ausführliches Informationsmaterial über die Untersuchungen per e-mail zugesandt (vgl. Anhang G).

zen, welche dem Grad ihrer momentanen Zufriedenheit entsprach. Die einzelnen Antworten wurden auf den Millimeter genau gemessen, so dass jede Antwort durch einen Zahlenwert auf einer 100-Punkte Skala repräsentiert wurde. Zusätzlich wurden VAS als Füllitems erhoben (Zufriedenheit mit den finanziellen Möglichkeiten, den Werbespots im Fernsehen, der Beziehung zu Freunden, dem Studium), um die Cover-Story zu unterstützen.

Es wurde gezeigt, dass VAS Messungen für Körperunzufriedenheit signifikant mit der Subskala „Unzufriedenheit mit dem Körper“ des EDI (Garner, Olmsted & Polivy, 1983) korrelieren. Zudem können mittels VAS auch geringe Änderungen der Stimmung nach einer Intervention schnell und einfach erfasst werden. Erinnerungseffekte von Pretest zu Posttest sind unwahrscheinlich (Agliata & Tantleff-Dunn, 2004; McCormack et al., 1988). Die Reliabilität und die Validität von VAS können als gut bezeichnet werden (Durkin & Paxton, 2002).

- **Modifizierte Version der Differentiellen Affekt Skala (M-DAS) (Renaud &Unz, 2006)**

Die DAS von Merten und Krause (1993) ist eine deutsche Übersetzung der *Differential Emotion Scale (DES)* von Izard, Dougherty, Bloxom und Kotsch (1974), eines der differenziertesten englischsprachigen Verfahren zur Erfassung verschiedener Gefühlsqualitäten (Renaud & Unz, 2006).

Bei der M-DAS handelt es sich um eine Erweiterung der DAS, mit welcher momentane Emotionen bei der Mediennutzung auf 16 Skalen differenziert erfasst werden können. Die M-DAS umfasst – zusätzlich zu den 10 Skalen der DAS (*Interesse, Freude, Überraschung, Trauer, Wut, Ekel, Verachtung, Angst, Scham, Schuld*) – weitere fünf Skalen zur Erfassung positiver Emotionen (*Vergnügen, Zufriedenheit, Zuneigung, Faszination, Ergriffenheit*) sowie die Skala *Langeweile*.

In Form einer 5-stufigen Skala von 1 = „gar nicht“ bis 5 = „sehr stark“ sollen die Vpn bei 47 Items angeben, wie sie sich momentan fühlen. Die Summenscores der drei Items jeder Skala bilden den individuellen Wert für die Ausprägung der entsprechenden Emotion.²⁷

Fast alle Skalen der M-DAS weisen laut Renaud und Unz (2006) zufriedenstellende interne Konsistenzen auf ($\alpha > 0.7$). Ein großer Vorteil der M-DAS, der auch für die vorliegende Studie von Bedeutung ist (Einsatz als Pretest- und Posttest-Fragebogen zur

Feststellung von Veränderung der Stimmung nach Durchführung des Computerexperiments), besteht darin, dass der Fragebogen auch mehrfach ohne Anzeichen von Übungseffekten vorgegeben werden kann.

- **„Manipulationscheck“**

In der Versuchsanleitung des Computerexperiments wurde der Vp mitgeteilt, dass am Ende des Computerexperiments schriftlich einige Fragen zu den gezeigten Bildern zu beantworten seien. Mittels dieser Ankündigung sollte einer potenziellen Nachlässigkeit der Probandin bei der Durchführung des Experiments entgegengewirkt, die Motivation zur Mitarbeit sowie die Konzentration bei der Durchführung des Experiments erhöht werden.

Aus Gründen der Glaubwürdigkeit und in Übereinstimmung mit der Cover-Story wurde direkt im Anschluss an das Computerexperiment ein frei formulierter Fragebogen als „Manipulationscheck“ vorgegeben, welcher vier Fragen zu den gezeigten Bildern enthielt („Wurden in dem Experiment, ohne den Probedurchgang, mehr Modeoutfits oder mehr Parfümfläschchen gezeigt?“, „Wurden in dem Experiment überwiegend Markenprodukte gezeigt?“, „Die präsentierten Modeoutfits haben mir im Großen und Ganzen gefallen?“, „Die präsentierten Parfümfläschchen haben mir im Großen und Ganzen gefallen?“). Eine Auswertung der Antworten erfolgte nicht.

- **Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2), deutsche Version (Paul & Thiel, 2005)**

In Studie 2 wurden die Items der EDI-2 Skalen *Unzufriedenheit mit dem Körper* und *Ineffektivität* zur Posttest-Messung eingesetzt. Um State-Maße zu erhalten, wurden die Instruktion des EDI-2 sowie die Antwortkategorien modifiziert. Die Vp sollte jedes Item auf einer 6-stufigen Skala von 1 = „trifft gar nicht zu“ bis 6 = „trifft sehr zu“ beurteilen. Für eine ausführliche Beschreibung des EDI-2 vergleiche Kapitel 3.1.3.2.

²⁷ Das Item „gebannt“ ist sowohl der Skala *Faszination* als auch der Skala *Ergriffenheit* zugeordnet.

- **Fragebogen zur Attraktivitätsorientierung, deutsche Adaptation des Socio-cultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire (SATAQ) (Offermann, 2001)²⁸**

Mit dem SATAQ von Heinberg, Thompson und Stormer (1995) können zwei Faktoren, die Kenntnis (*awareness/acknowledgment*) und die Akzeptanz/Internalisierung (*acceptance/internalization*) der durch die Medien vermittelten gesellschaftlich sanktionierten weiblichen Attraktivitätsstandards, mittels 14 Items erfasst werden (Skala awareness = sechs Items, Skala internalization = acht Items). Die interne Konsistenz beider Skalen kann als zufriedenstellend bis gut eingeschätzt werden (Skala awareness: $\alpha = 0.71$, Skala internalization: $\alpha = 0.88$). Belege für die konvergente Validität der Skalen liegen vor. Der SATAQ wird im englischsprachigen Raum mittlerweile – neben der ursprünglichen Version – in einer dritten Revision (SATAQ-3) verwendet (Calogero, Davis & Thompson, 2004; Markland & Oliver, 2008; Thompson, van den Berg & Roehrig, 2004).²⁹

Da insbesondere die Internalisierung weiblicher Attraktivitätsstandards (das gesellschaftlich propagierte Schlankheitsideal) mit der Entwicklung von Körperunzufriedenheit, Diätverhaltensweisen, negativer Emotionalität und bulimischer Symptomatik einhergeht sowie eine wichtige Rolle bei der Aufrechterhaltung bulimischer Symptome spielt (Thompson & Stice, 2001) (vgl. auch Kapitel 2.3.3.2 und 2.3.3.3), wurden in der vorliegenden Arbeit lediglich die Items der *Skala internalization*, in der deutschen Übersetzung von Offermann (2001), verwendet.

Um einer Tendenz zur Mitte vorzubeugen, wurde das 5-stufige Antwortformat des SATAQ von Heinberg et al. (1995) durch ein sechsfach gestuftes ersetzt (von 1 = „gar nicht“ bis 6 = „stimmt völlig“). Die Auswertung erfolgt – nach Umpolung der negativ gepolten Items – durch die Bildung eines Summenscores, indem die einzelnen Item-Antworten aufaddiert werden.

²⁸ Der SATAQ wurde in Studie 1 nicht verwendet, da die Fragebogenbatterie der Studie 1 sich bereits sehr umfangreich gestaltete. Zudem sollte eine Sensibilisierung der Teilnehmerinnen für das eigentliche Untersuchungsthema durch die Items des SATAQ (z. B. „Ich würde auch gerne so aussehen wie die Frauen, die im Fernsehen und in Filmen auftreten“ oder „Ich finde, dass Kleidung an dünnen Models besser aussieht“) vermieden werden. Die Präsentation des SATAQ in Studie 2 als Posttest-Fragebogen hat sich als unproblematisch erwiesen, da es sich bei der Internalisierung des Schlankheitsideals um ein stabiles psychologisches Merkmal handelt, welches durch Medienexposition nicht beeinflusst wird (Brown & Dittmar, 2005).

²⁹ Den SATAQ-3 sowie weitere englischsprachige Fragebögen zum äußeren Erscheinungsbild findet der interessierte Leser auf der Homepage von J. K. Thompson: http://bodyimagedisturbance.usf.edu/m_n/index.htm (Zugriff am 27.10.2009).

Die acht Items der Skala wurden analog der Studie von Dittmar und Howard (2004) mit weiteren acht Füllitems (z. B. „Personen, die keine Markenartikel tragen, wirken auf mich billig und asozial“ und „Nur wer sich gut kleidet, kann es in der heutigen Berufswelt zu etwas bringen“) abwechselnd präsentiert, um den eigentlichen Untersuchungsgegenstand zu verschleiern. Ebenso wurde die Instruktion im Sinne der Cover-Story angepasst.

Zuletzt wurden in freier Form die *Häufigkeit der Mediennutzung* (Fernsehen, Zeitschriften, Internet) und das *Alter*, in dem der *erste eigene Fernseher* besessen wurde, abgefragt. Bei der Frage „Wenn Sie Kleidung oder Parfüm kaufen, bevorzugen Sie dann Markenprodukte?“ handelt es sich um eine Füllfrage zur Unterstützung der Cover-Story. Sie wurde bei der Auswertung nicht berücksichtigt.

- **Naivitätscheck**

Um zu überprüfen, ob die Cover-Story effektiv und von den Teilnehmerinnen geglaubt worden war, wurden alle Studentinnen als letztes nach dem vermuteten Untersuchungsgegenstand der Studie gefragt: „*Bitte geben Sie zum Abschluss in Ihren eigenen Worten an: Diese Studie untersucht ...*“.

COMPUTEREXPERIMENT

- **Ablauf**

Für die Durchführung des Computerexperiments wurde ein handelsüblicher, portabler Laptop der Marke Lenovo mit einem 33.5 x 21.0 cm großen Bildschirm benutzt. Die Programmierung des Computerexperiments erfolgte mit der Programmiersprache C#, Version 3.0, der Firma Microsoft.³⁰

Das Experiment wurde in zwei Versionen programmiert: *Version A = Experimentalbedingung* und *Version B = Kontrollbedingung*. Bis auf das Stimulusmaterial unterschieden sich die beiden Versionen im Ablauf nicht (vgl. auch Anhang D).

Die Gruppeneinteilung Niedrigrisikogruppe (NR) – Hochrisikogruppe (HR) erfolgte anhand des erzielten *WCS-Scores*. Studentinnen mit einem WCS-Score ≥ 42 wurden der HR-Gruppe (n = 72) zugeordnet, Studentinnen mit einem WCS-Score < 42 der NR-Gruppe (n = 76) (vgl. Kapitel 3.1.3.2).

³⁰ An dieser Stelle danke ich Herrn Günther Zimmerer und Kollegen für die Programmierung des Computerexperiments.

In der HR-Gruppe wurden 37 Studentinnen zufällig der Version A des Computereperiments zugeteilt, 35 Studentinnen sahen Version B. Von den 76 NR-Teilnehmerinnen absolvierten 37 die Version A und 39 die Version B des Computereperiments.

Mit dem Drücken der Leertaste konnte die Vp das Experiment starten. Es folgte die Darbietung der *Versuchsanweisung* in weißer Farbe vor dunkelblauem Hintergrund.³¹ Nach dem Lesen der Instruktion konnte die Vp durch erneutes Drücken der Leertaste den *Probedurchgang* starten. Im Probedurchgang mussten von jeder Teilnehmerin drei Parfümflakons anhand von vier Aussagen bewertet werden („*Das Design des Parfümfläschchens gefällt mir*“, „*Wenn ich dieses Parfümfläschchen in einem Kaufhaus sehe, würde ich es kaufen, wenn mir der Duft gefällt*“, „*Dieses Parfümfläschchen passt zu meiner Persönlichkeit*“, „*Bei diesem Parfümfläschchen handelt es sich um ein Markenprodukt*“). Zu jeder Aussage wurde am Bildschirm eine 5-stufige Antwortskala von „stimme sehr zu“ bis „stimme gar nicht zu“ präsentiert. Die Auswahl der jeweiligen Antwort erfolgte durch Drücken und Markieren mit der linken Maustaste.

Nach dem Probedurchgang erfolgte das Starten des *Experiments* durch erneutes Drücken der Leertaste. Von der Vp sollten nun 15 in zufälliger Reihenfolge präsentierte Parfümflakons (n = 6) und Modeoutfits (n = 9) anhand von vier Aussagen auf einer 5-stufigen Antwortskala von „stimme sehr zu“ bis „stimme gar nicht zu“ durch Anklicken mit der linken Maustaste bewertet werden. Die Aussagen zu den Parfümflakons waren identisch mit denen des Probedurchganges. Jedes Modeoutfit sollte anhand folgender Aussagen eingeschätzt werden: „*Dieses Outfit gefällt mir*“, „*Dieses Outfit würde ich zu der Geburtstagsparty meiner besten Freundin anziehen*“, „*Stellen Sie sich vor, Sie probieren dieses Outfit an...Das Outfit würde mir stehen*“, „*Dieses Outfit wurde von einem renommierten Designer entworfen*“.

Die Präsentation der Parfümflakons und der dazugehörenden Aussagen diente der Unterstützung der Cover-Story. Die Aussagen zu den einzelnen Modeoutfits dienten zum einen ebenfalls der Unterstützung der Cover-Story (Items „*Dieses Outfit gefällt mir*“ und „*Dieses Outfit wurde von einem renommierten Designer entworfen*“), sollten aber auch eine intensive vergleichende Betrachtung und Auseinandersetzung der Vp mit dem Stimulusmaterial sicherstellen (Items „*Dieses Outfit würde ich zu der Geburtstags-*

³¹ Um die Verständlichkeit der Versuchsanweisung und den reibungslosen Ablauf des Experiments sicherzustellen, wurde das Experiment zunächst mit einigen Bekannten und Kollegen der Versuchsleiterin durchgeführt. Einwände wurden diskutiert und Verbesserungsvorschläge eingearbeitet.

party meiner besten Freundin anziehen“ und „Stellen Sie sich vor, Sie probieren dieses Outfit an...Das Outfit würde mir stehen“).

Jeder Parfümflakon und jedes Modeoutfit wurde mittig für genau 10 Sekunden auf dem Bildschirm dargeboten. Erst wenn die Vp alle Aussagen zu einem Bild bewertet hatte, konnte durch Drücken einer „Weiter-Taste“ die Präsentation des nächsten Bildes ausgelöst werden. Wurden von der Vp die Aussagen schneller als 10 Sekunden bewertet, erschien zunächst die Meldung „Bitte warten“. Wurden nicht alle Aussagen bewertet, wurde sie mit der Aufforderung „Bitte bewerten Sie alle Aussagen!“ aufgefordert, dies zu tun. Nach dem 15. Bild erschien die Meldung „Ende des Experiments. Vielen Dank für Ihre Teilnahme! Wenden Sie sich bitte jetzt an die Versuchsleiterin!“ auf dem Bildschirm.

- **Stimulusmaterial**

Die gesamte Bildbearbeitung erfolgte mit dem Programm *PhotoLine 32, Version 12.51*, der Firma Computerinsel GmbH.

Alle Bilder wurden zentral auf dem Bildschirm vor dem Hintergrund eines weiß unterlegten Rechtecks (14.0 x 10.5 cm) präsentiert.³² Die von der Vp zu bewertenden vier Aussagen waren zusammen mit den je fünf Antwortkategorien in weißer Schrift in vier hellblau unterlegten Kästchen um das zu beurteilende Foto herum angeordnet (vgl. Anhang D).

Die neun Bildvorlagen für die *Parfümflakons* (drei Bilder für den Probedurchgang, sechs für das Experiment) wurden über die Suchfunktion „google Bilder“ der Internet-Suchmaschine google gefunden (Eingabe des Suchworts „Parfümflakon“). Es wurde bei der Auswahl darauf geachtet, dass die dargestellten Flakons genügend groß, in ausreichender Schärfe und ohne erkennbares Markenlabel auf dem Flakon abgebildet waren. Parfümflakons (anstatt z. B. Autos, Pilze, Stühle, andere Modeaccessoires) als Probe- und Füllreize wurden gewählt, da so die Cover-Story glaubhaft und ohne einen nicht auszuschließenden Bezug auf die Figur/Gewicht (z. B. bei Taschen, Schals, Schuhen) unterstützt werden konnte.

Für die Auswahl der neun *Modelfotos* wurde von der Versuchsleiterin zunächst eine Vorauswahl von 20 Bildern anhand bestimmter Kriterien getroffen: Es sollte sich um eine Ganzkörperaufnahme handeln, das Model sollte frontal (und nicht seitlich) sowie

³² Aus urheberrechtlichen Gründen wurde im Anhang D auf die Abbildung der Stimuli verzichtet.

ohne Accessoires abgebildet sein. Die Figur sollte deutlich erkennbar und nicht unter figurumspielender Kleidung verborgen sein. Jedes abgebildete Model hatte einen Taillenumfang von 24 inches (entspricht ca. 60 cm) und trug Kleidergröße 34.³³ Alle Bilder wurden der Homepage der bekannten Modeagentur Mega Model Agency (<http://www.megamodelagency.com/>) entnommen.

Im nächsten Schritt wurden die 20 Fotos der Vorauswahl sechs Diplom-PsychologInnen mit therapeutischer Weiterbildung und Erfahrung mit dem Krankheitsbild Essstörungen zur Beurteilung vorgelegt. Anhand eines Fragebogens (vgl. Anhang E) sollten von den ExpertInnen alle Fotos zum einen danach beurteilt werden, inwieweit die abgebildeten Models dem in der westlichen Welt vorherrschenden Schlankheitsideal (sehr dünn, zartgliedrig) entsprechen (Skala 1 = „überhaupt nicht repräsentativ“ bis 10 = „äußerst repräsentativ“). Des Weiteren sollte die allgemeine Attraktivität jedes Models auf einer Skala von 1 = „überhaupt nicht attraktiv“ bis 10 = „äußerst attraktiv“ eingeschätzt werden. Es wurden diejenigen neun Fotos als *Experimentalreize für die Version A des Computereperiments* ausgewählt, die nach Expertenurteil sowohl dem Schlankheitsideal am besten entsprachen, als auch als am attraktivsten beurteilt wurden (laut Groesz et al. [2002] sind mit einer Stimulusanzahl von eins bis neun die größten Effekte zu erwarten). Hierzu wurde für jedes Model aus den Urteilen im ersten Schritt ein Mittelwert für die Repräsentativität des Schlankheitsideals und ein Mittelwert für Attraktivität sowie schließlich ein Gesamtmittelwert (Mittelwert der Mittelwerte Repräsentativität des Schlankheitsideals und Attraktivität) berechnet.³⁴

Für die *Version B des Computereperiments* wurden die neun Fotos der Experimentalbedingung analog der Studie von Halliwell und Dittmar (2004) in der Breite um 25 % (entspricht einem Taillenumfang von ca. 75 cm und einer Kleidergröße von 40-42) gestreckt, um Fotos von normalgewichtigen Frauen zu erhalten, da „comparisons with normal weight, attractive, fashion models are the most powerful theoretically“ (Groesz et al., 2002, S. 9).³⁵ Die dargestellten Frauen der Version B unterschieden sich

³³ Für die Berechnung von Kleidergrößen und Körpermaßen siehe die Homepage der Firma Debenhams: <http://www.debenhams.com/webapp/wcs/stores/servlet/CategoryDisplay?storeId=10001&catalogId=10001&langId=-1&userType=G&categoryId=18740> (Zugriff am 30.11.2009).

³⁴ Gesamtmittelwerte der neun ausgewählten Models: MW = 6.84 bis MW = 8.25 (MW der Gesamtmittelwerte = 7.47, SD = 0.55).

³⁵ Die Verwendung von Gegenständen als Kontrollreize in den meisten Studien ist problematisch, da nicht beurteilt werden kann, ob negative mediale Einflüsse auf die extreme Schlankheit der Experimentalreize oder auf die Präsentation einer attraktiven Person zurückgeführt werden können. Ebenso können Kontrollbilder übergewichtiger Models zu verzerrten Ergebnissen führen, da Übergewicht mit

lediglich in der Figur (und nicht in der Attraktivität) von den Models der Version A. Die häufig in früheren experimentellen Studien (z. B. Fister & Smith, 2004; Heinberg & Thompson, 1995) vorliegende Konfundierung von Attraktivität und Schlankheit bei der Verwendung von nicht gemorphten Bildern normalgewichtiger Models konnte so vermieden werden.

3.2.3.3 Stichprobenbeschreibung

Der Tabelle 3.22 kann die Verteilung der Teilnehmerinnen nach Studienfächern, der Tabelle 3.23 Angaben zu den erhobenen soziodemografischen Variablen entnommen werden.

Tabelle 3.22: Verteilung der Studentinnen nach Studienfächern

Studienfach	Anzahl der Studentinnen absolut (n = 146)	Anteil der Studentinnen in Prozent
Betriebswirtschaft/Volkswirtschaft	18	12.2
Lehramt Gymnasium/Realschule/ Hauptschule	25	16.9
Psychologie (Grundstudium)	17	11.5
Rechtswissenschaften	17	11.5
Humanmedizin	13	8.8
Biologie	12	8.1
Biochemie/Chemie/Pharmazie	10	6.8
Grundschullehramt	15	10.1
Pädagogik	6	4.1
Erziehungswissenschaft	4	2.7
Zahnmedizin	0	0.0
Wirtschaftsinformatik	1	0.7
Sonstige	3	2.0
Doppelstudium (darunter <u>keine</u> Psy- chologiestudentin)	5	3.4

negativen Bewertungen verknüpft ist und eine Beeinflussung der Stimmung, des Selbstwerts und der Zufriedenheit mit dem Körper/Gewicht nicht ausgeschlossen werden kann (vgl. Kapitel 2.3.3.3) (Groesz et al., 2002).

Tabelle 3.23: Soziodemografische Variablen (Angaben absolut und prozentual)

Alter (n = 148), M = 20.29, SD = 1.25	
18	0 (0.0)
19	48 (32.4)
20	46 (31.1)
21	29 (19.6)
22	16 (10.8)
23	6 (4.1)
24	3 (2.0)
Semesteranzahl im Hauptfach (n = 147), M = 1.59, SD = 1.25	
1	114 (77.0)
2	0 (0.0)
3	25 (16.9)
4	1 (0.7)
5	5 (3.4)
6	1 (0.7)
7	0 (0.0)
8	0 (0.0)
9	1 (0.7)
10	0 (0.0)
Höchster Schulabschluss (n = 148)	
Allgemeine Hochschulreife/Abitur	148 (100.0)
Fachgebundene Hochschulreife/Sonstiges	0 (0.0)
Beruf erlernt (n = 148)	
Ja	17 (11.5)
Nein	131 (88.5)
Deutschkenntnisse (n = 148)	
Muttersprache Deutsch	142 (95.9)
Keine Muttersprache, aber seit der Kindheit Deutsch- kenntnisse	5 (3.4)
Keine Muttersprache, aber mindestens seit 5 Jahre Deutschkenntnisse	1 (0.7)
Familienstand (n = 148)	
Ledig, ohne feste Partnerschaft	57 (38.5)
Ledig, mit fester Partnerschaft	91 (61.5)
Verheiratet	0 (0.0)
Familienhintergrund (n = 148)	
Eltern leben zusammen	112 (75.7)
Eltern leben getrennt	11 (7.4)
Eltern leben geschieden	14 (9.5)
Ein Elternteil verstorben	11 (7.4)
Beide Elternteile verstorben	0 (0.0)
Höchster Schulabschluss des Vaters (n = 147)	
Kein Schulabschluss	2 (1.4)
Hauptschulabschluss mit oder ohne Quali	36 (24.3)
Realschulabschluss/Mittlere Reife	34 (23.0)
Fachgebundene oder allgemeine Hochschulreife	75 (50.7)

Sonstiges	0 (0.0)
Erlernter Beruf des Vaters (n = 148)	
Keinen Beruf erlernt	0 (0.0)
Ausbildung/Lehre	82 (55.4)
Studium (Universität oder Fachhochschule)	64 (43.2)
Sonstiges	2 (1.4)
Höchster Schulabschluss der Mutter (n = 146)	
Kein Schulabschluss	3 (2.0)
Hauptschulabschluss mit oder ohne Quali	29 (19.6)
Realschulabschluss/Mittlere Reife	53 (35.8)
Fachgebundene oder allgemeine Hochschulreife	57 (38.5)
Sonstiges	4 (2.7)
Erlernter Beruf der Mutter (n = 146)	
Keinen Beruf erlernt	4 (2.7)
Ausbildung/Lehre	103 (69.6)
Studium (Universität oder Fachhochschule)	39 (26.4)
Sonstiges	0 (0.0)

3.2.3.4 Auswertungsstrategien

Alle statistischen Berechnungen erfolgten mit Hilfe des Programmpakets *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* für Windows in der Version 15.0.1. Als Signifikanzniveau wurde generell $p = 0.05$ gewählt. Es wurden *parametrische Analyseverfahren* durchgeführt.

Sowohl das Vorgehen bei der Datenkontrolle als auch bei der Substitution fehlender Werte sowie bei uneindeutigen Antworten erfolgten analog der Studie 1 (vgl. Kapitel 3.1.3.4).

Datenkontrolle: Alle Pretest- und Posttest-Fragebögen wurden vollständig und sorgfältig ausgefüllt. Für die weiteren Analysen wurden 148 Fälle berücksichtigt.³⁶ Für eine Stichprobe von 15 Fällen (10 % von 148) ergab sich eine *Fehlerquote* zwischen 0.0000 und 0.0128 % über alle Fragebögen ohne besondere Fehlerhäufungen. Die mittlere Fehlerquote aller 15 Fälle betrug 0.0029 %. Diese Fehlerquoten können als sehr gering betrachtet werden.

³⁶ Von den 152 Teilnehmerinnen mussten vier von der Auswertung ausgeschlossen werden, da der „Naivitätscheck“ ergab, dass sie den tatsächlichen Untersuchungsgegenstand erahnten. Somit flossen die Angaben von 148 Studentinnen (n = 152-4) in die Berechnungen mit ein.

3.2.4 Ergebnisse

Nach der Beschreibung der Methodik sollen nun die Ergebnisse dargestellt werden. Vor dem Hintergrund der berichteten internationalen Befunde sollte überprüft werden, inwieweit das Vorliegen eines hohen Risikos für Essstörungen mit der Beeinflussbarkeit deutscher junger Frauen durch Medien (Beeinflussung der *Gefühle*, des *Selbstwertgefühls*, der *Zufriedenheit* mit dem *äußeren Erscheinungsbild*, mit dem *Gewicht* und dem *Körper*), mit dem *Umfang des Medienkonsums* sowie mit dem durch die Medien transportierten Schlankheitsideal (*Internalisierung des Schlankheitsideals*) in Verbindung gebracht werden kann.

Die Testergebnisse bestätigen, dass in der HR-Gruppe der mittlere *WCS-Score* ($M = 57.34$; $SD = 11.45$), und damit das Risiko für eine Essstörung, hoch signifikant ($t = -26.73$; $df = 146$; $p/2 \leq 0.01$ bei einseitiger Testung) größer war als in der NR-Gruppe ($M = 14.34$; $SD = 7.88$).

Der durchschnittliche *BMI* belief sich in der HR-Gruppe auf 22.84 ($SD = 2.88$), in der NR-Gruppe auf 20.10 ($SD = 1.71$). Die statistischen Berechnungen ergaben im Einklang mit empirischen Vorbefunden (vgl. Kapitel 2.3.3.2), dass die HR-Gruppe hoch signifikant schwerer war als die NR-Gruppe ($t = -6.94$; $df = 112.26$; $p/2 \leq 0.01$ bei einseitiger Testung).

Hypothesen 1a bis 3b: Berechnet wurden *dreifaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung auf einem Faktor* (Bortz & Döring, 2006, Kap. 8; Diehl & Staufenbiel, 2007, Kap. 62). Als Messwiederholungsfaktor C (= Innersubjektfaktor) wurde der Zeitpunkt (Pretest-Posttest) definiert (abhängige Variablen: VAS-Werte, M-DAS-Werte EDI-2-Werte), als weitere Zwischensubjektfaktoren A und B gingen der Risikostatus (NR-HR) sowie die Version des Computerexperiments (Version A-Version B) in die Analyse ein (vgl. Tabelle 3.24).

Tabelle 3.24: Dreifaktorieller Pretest-Posttest-Plan der Studie 2 mit den Faktoren A („Risikostatus“), B („Version des Computerexperiments“) und C („Zeitpunkt“)

		C 1: Pretest	C 2: Posttest
A 1: Hohes Risiko (HR)	B 1: Version A B 2: Version B		
A 2: Niedriges Risiko (NR)	B 1: Version A		

	B 2: Version B		
--	-----------------------	--	--

Für eine Varianzanalyse mit Messwiederholung gelten analog zu den Voraussetzungen der ANOVA (vgl. Kap. 3.1.4) folgende Bedingungen: Intervallskaliertheit der Daten, Normalverteilung des Merkmals sowie Homogenität der Varianzen in den Stufen des Faktors bzw. der Bedingungskombinationen mehrerer Faktoren. Als weitere Voraussetzung gilt die Annahme der Zirkularität oder Sphärizität, welche besagt, dass die Varianzen der Differenzen zwischen jeweils zwei Faktorstufen homogen sein müssen (überprüfbar mit dem Mauchly-Test) (Rasch et al., 2006, Kap. 7).

Die Varianzanalyse mit Messwiederholung erweist sich gegen Verletzungen der Normalverteilungsannahme und der Voraussetzung der Varianzhomogenität bei genügend großen Stichproben und etwa gleich großen Zellbesetzungen als robust (Pospechill, 2006, Kap. 14), weshalb in der vorliegenden Studie auf die gezielte Überprüfung dieser Voraussetzungen verzichtet werden konnte. Ebenso erwies sich die Forderung nach Zirkularität als unproblematisch, da diese immer erfüllt ist, wenn der messwiederholte Faktor nur zwei Stufen (Pretest-Posttest) hat (Rasch et al., 2006, Kap. 7).

Vermutet wurden differentielle Veränderungshypothesen (signifikante Interaktionen zweiter Ordnung: $A*B*C$), d. h., dass sich die Exposition mit der Version A des Computerexperiments negativ auf die Gefühle, das Selbstwertgefühl, die Zufriedenheit mit dem äußeren Erscheinungsbild, mit dem Gewicht und dem Körper auswirkt, allerdings nur bei Frauen mit einem hohen Risiko für Essstörungen (HR-Personen). Darüber hinaus wurde angenommen, dass sich die Exposition mit der Version B des Computerexperiments weder auf HR-Personen noch auf Personen mit einem niedrigen Risiko (NR) für Essstörungen negativ auswirkt.

3.2.4.1 Hypothesen 1a und 1 b

Erwartet wurde, dass sich bei HR-Frauen – im Gegensatz zu NR-Frauen –, die die Version A des Computerexperiments gesehen haben, *positive Gefühle* (Vergnügen, Freude, Zufriedenheit, Zuneigung, Faszination, Ergriffenheit, Interesse, Überraschung) durch die Exposition abschwächen, *negative Gefühle* (Trauer, Wut, Ekel, Verachtung, Angst, Langeweile, Scham, Schuld) sich hingegen verstärken. Die Exposition mit der Version B des Computerexperiments sollte sowohl auf HR-Frauen als auch auf NR-Frauen keine negative Auswirkung haben.

Haupt- und Interaktionseffekte der 16 M-DAS-Skalen zeigen die Tabelle 3.25 bis Tabelle 3.40 (signifikante Effekte und Trends sind grau hinterlegt). Der Tabelle 3.41 und Tabelle 3.42 können die durchschnittlichen M-DAS-Pretest- und Posttestwerte der HR- und der NR-Gruppe getrennt für die beiden Versionen des Computereperiments entnommen werden.

Auf dem 1 %- bzw. 5 %-Niveau erweist sich der Haupteffekt „Zeitpunkt“ (hoch) signifikant für alle M-DAS-Skalen bis auf die Skalen „Vergnügen“, „Ekel“ und „Langeweile“. Die positiven Gefühle aller Probandinnen waren zum Posttest- gegenüber dem Pretest-Zeitpunkt reduziert (nur bei der Skala „Überraschung“ war eine Zunahme zu verzeichnen), die negativen Gefühle aller Teilnehmerinnen hingegen nahmen von Pretest zu Posttest ab.

Weiterhin fand sich ein (hoch) signifikanter Haupteffekt „Risikostatus“ für die Skalen „Zufriedenheit“, „Ekel“, „Verachtung“, „Angst“ und „Schuld“. Die HR-Frauen berichteten unabhängig von der gesehenen Version des Computereperiments im Vergleich zu den NR-Frauen weniger zufrieden zu sein und mehr negative Gefühle (Ekel, Verachtung, Angst, Schuld) zu empfinden. Der Haupteffekt „Risikostatus“ wurde für die Skalen „Überraschung“, „Trauer“ und „Ekel“ knapp signifikant (Trend $p = 0.10$), d. h. die HR-Frauen gaben an, überraschter zu sein sowie mehr Trauer und Ekel zu empfinden als die NR-Frauen.

Ein signifikanter Interaktionseffekt zweiter Ordnung fand sich lediglich auf der Skala „Faszination“. Die Faszination der NR-Frauen nahm bei beiden Versionen des Experiments von Pretest zu Posttest ab, ebenso die Faszination der HR-Frauen bei der Version B des Experiments. Allerdings zeigten sich die HR-Frauen bei der Betrachtung der Version A des Experiments gleich bleibend fasziniert, die Faszination stieg sogar leicht an (vgl. Abbildung 3.1 und Abbildung 3.2).

Tabelle 3.25: Haupt- und Interaktionseffekte der M-DAS-Skala „Vergnügen“

M-DAS-Skala	Haupt-und Interaktionseffekte	<i>F</i> (df)	<i>P</i>
Vergnügen	Zeitpunkt	0.35 (1, 144)	0.557
	Zeitpunkt*Risikostatus	0.38 (1, 144)	0.540
	Zeitpunkt*Version Computerexperiment	0.24 (1, 144)	0.624
	Risikostatus	0.45 (1, 144)	0.503
	Version Computerexperiment	0.59 (1, 144)	0.445
	Risikostatus*Version Computerexperiment	0.25 (1, 144)	0.615

	Zeitpunkt*Risikostatus*Version Computereperiment	0.21 (1, 144)	0.647
--	---	---------------	-------

Tabelle 3.26: Haupt- und Interaktionseffekte der M-DAS-Skala „Freude“

M-DAS-Skala	Haupt-und Interaktionseffekte	<i>F (df)</i>	<i>P</i>
Freude	Zeitpunkt	19.29 (1, 144)	0.000
	Zeitpunkt*Risikostatus	1.34 (1, 144)	0.249
	Zeitpunkt*Version Computereperiment	0.12 (1, 144)	0.727
	Risikostatus	0.85 (1, 144)	0.359
	Version Computereperiment	0.08 (1, 144)	0.785
	Risikostatus*Version Computereperiment	1.53 (1, 144)	0.218
	Zeitpunkt*Risikostatus*Version Computereperiment	0.03 (1, 144)	0.870

Tabelle 3.27: Haupt- und Interaktionseffekte der M-DAS-Skala „Zufriedenheit“

M-DAS-Skala	Haupt-und Interaktionseffekte	<i>F (df)</i>	<i>P</i>
Zufriedenheit	Zeitpunkt	25.04 (1, 144)	0.000
	Zeitpunkt*Risikostatus	3.43 (1, 144)	0.066
	Zeitpunkt*Version Computereperiment	0.87 (1, 144)	0.354
	Risikostatus	4.85 (1, 144)	0.029
	Version Computereperiment	0.00 (1, 144)	0.977
	Risikostatus*Version Computereperiment	1.11 (1, 144)	0.294
	Zeitpunkt*Risikostatus*Version Computereperiment	0.22 (1, 144)	0.639

Tabelle 3.28: Haupt- und Interaktionseffekte der M-DAS-Skala „Zuneigung“

M-DAS-Skala	Haupt-und Interaktionseffekte	<i>F (df)</i>	<i>P</i>
Zuneigung	Zeitpunkt	32.84 (1, 144)	0.000
	Zeitpunkt*Risikostatus	0.73 (1, 144)	0.396
	Zeitpunkt*Version Computereperiment	5.54 (1, 144)	0.020
	Risikostatus	0.00 (1, 144)	0.964
	Version Computereperiment	0.19 (1, 144)	0.664

	Risikostatus*Version Computereperiment	0.06 (1, 144)	0.805
	Zeitpunkt*Risikostatus*Version Computereperiment	0.08 (1, 144)	0.773

Tabelle 3.29: Haupt- und Interaktionseffekte der M-DAS-Skala „Faszination“

M-DAS-Skala	Haupt-und Interaktionseffekte	<i>F (df)</i>	<i>P</i>
Faszination	Zeitpunkt	22.72 (1, 144)	0.000
	Zeitpunkt*Risikostatus	0.10 (1, 144)	0.757
	Zeitpunkt*Version Computereperiment	3.96 (1, 144)	0.049
	Risikostatus	0.01 (1, 144)	0.914
	Version Computereperiment	0.03 (1, 144)	0.867
	Risikostatus*Version Computereperiment	0.10 (1, 144)	0.752
	Zeitpunkt*Risikostatus*Version Computereperiment	7.00 (1, 144)	0.009

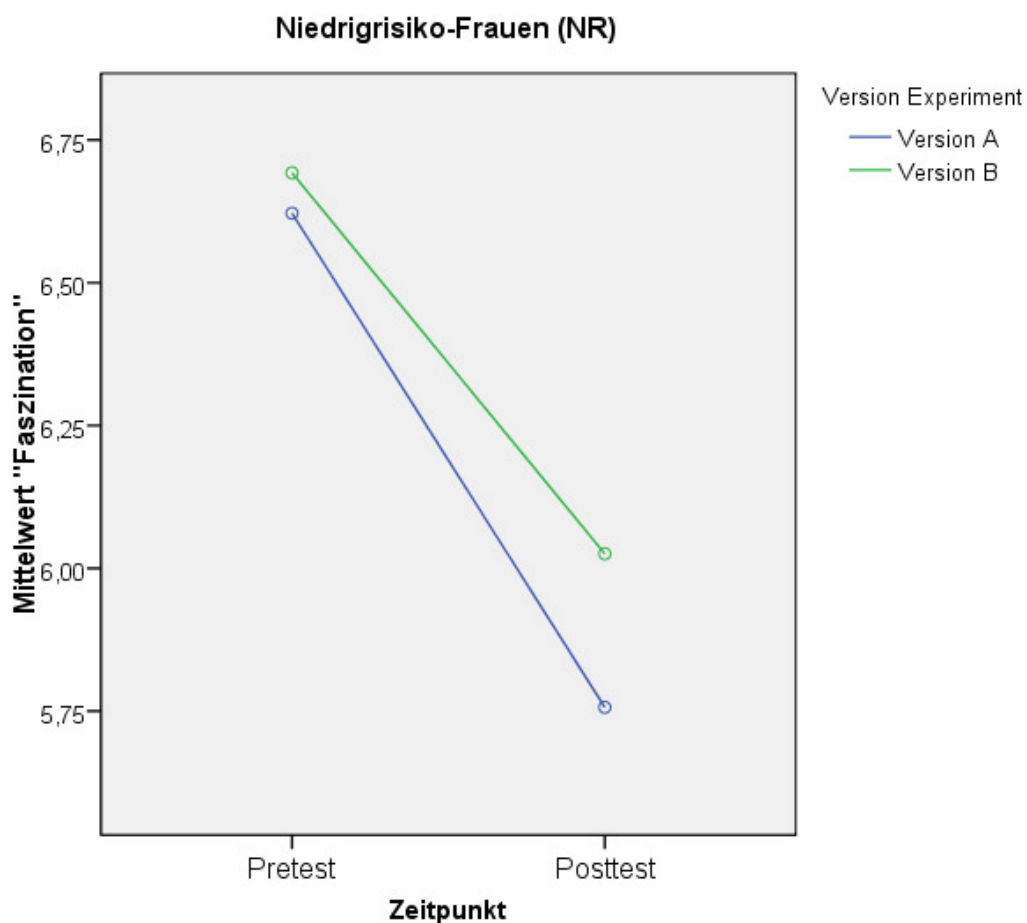


Abbildung 3.1: Mittelwerte der M-DAS-Skala „Faszination“ der Niedrigrisiko-Frauen von Pretest zu Posttest für die beiden Versionen des Experiment

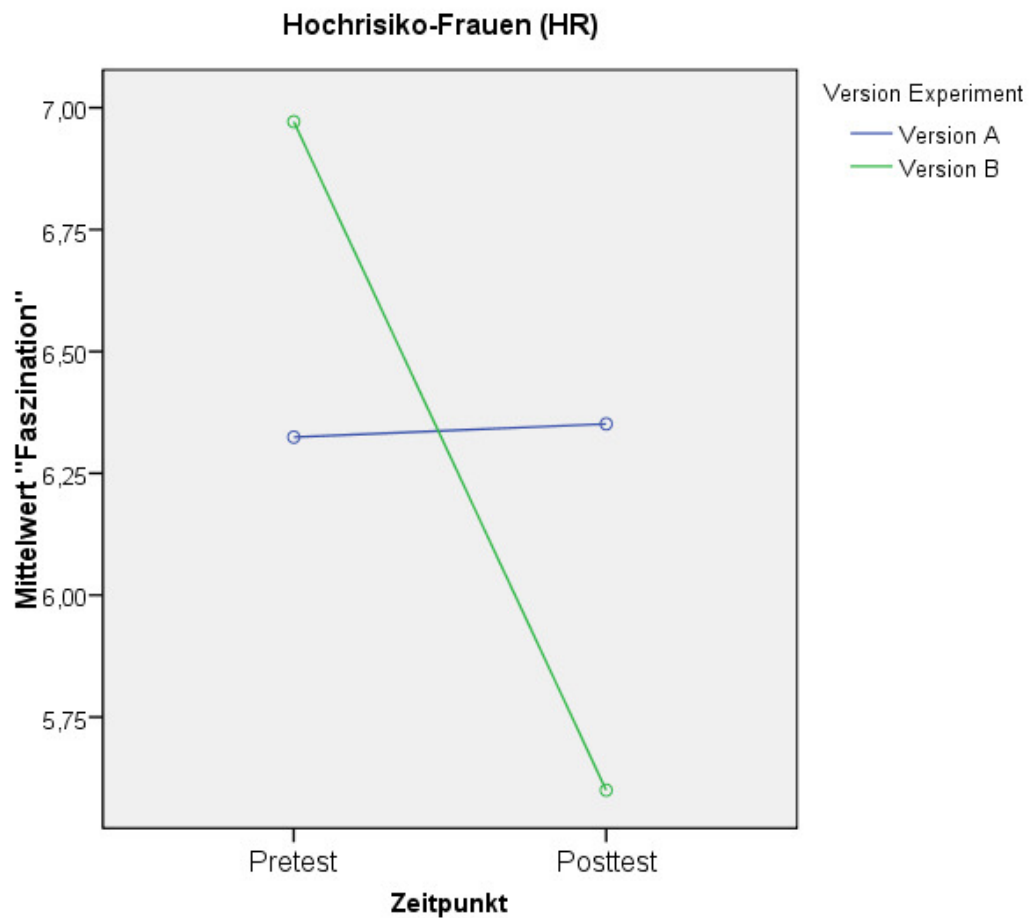


Abbildung 3.2: Mittelwerte der M-DAS-Skala „Faszination“ der Hochrisiko-Frauen von Pretest zu Posttest für die beiden Versionen des Experiments

Tabelle 3.30: Haupt- und Interaktionseffekte der M-DAS-Skala „Ergriffenheit“

M-DAS-Skala	Haupt-und Interaktionseffekte	<i>F</i> (<i>df</i>)	<i>P</i>
Ergriffenheit	Zeitpunkt	27.56 (1, 144)	0.000
	Zeitpunkt*Risikostatus	0.36 (1, 144)	0.552
	Zeitpunkt*Version Computereperiment	0.91 (1, 144)	0.343
	Risikostatus	0.98 (1, 144)	0.323
	Version Computereperiment	0.12 (1, 144)	0.729
	Risikostatus*Version Computereperiment	0.92 (1, 144)	0.340
	Zeitpunkt*Risikostatus*Version Computereperiment	0.21 (1, 144)	0.650

Tabelle 3.31: Haupt- und Interaktionseffekte der M-DAS-Skala „Interesse“

M-DAS-Skala	Haupt-und Interaktionseffekte	<i>F (df)</i>	<i>P</i>
Interesse	Zeitpunkt	22.42 (1, 144)	0.000
	Zeitpunkt*Risikostatus	0.01 (1, 144)	0.926
	Zeitpunkt*Version Computerexperiment	0.56 (1, 144)	0.455
	Risikostatus	0.51 (1, 144)	0.478
	Version Computerexperiment	0.73 (1, 144)	0.393
	Risikostatus*Version Computerexperiment	2.14 (1, 144)	0.146
	Zeitpunkt*Risikostatus*Version Computerexperiment	0.96 (1, 144)	0.329

Tabelle 3.32: Haupt- und Interaktionseffekte der M-DAS-Skala „Überraschung“

M-DAS-Skala	Haupt-und Interaktionseffekte	<i>F (df)</i>	<i>P</i>
Überraschung	Zeitpunkt	4.69 (1, 144)	0.032
	Zeitpunkt*Risikostatus	0.08 (1, 144)	0.785
	Zeitpunkt*Version Computerexperiment	1.10 (1, 144)	0.297
	Risikostatus	3.13 (1, 144)	0.079
	Version Computerexperiment	0.10 (1, 144)	0.748
	Risikostatus*Version Computerexperiment	0.06 (1, 144)	0.806
	Zeitpunkt*Risikostatus*Version Computerexperiment	1.41 (1, 144)	0.237

Tabelle 3.33: Haupt- und Interaktionseffekte der M-DAS-Skala „Trauer“

M-DAS-Skala	Haupt-und Interaktionseffekte	<i>F (df)</i>	<i>P</i>
Trauer	Zeitpunkt	16.64 (1, 144)	0.000
	Zeitpunkt*Risikostatus	1.21 (1, 144)	0.273
	Zeitpunkt*Version Computerexperiment	1.16 (1, 144)	0.283
	Risikostatus	3.24 (1, 144)	0.074
	Version Computerexperiment	0.45 (1, 144)	0.502
	Risikostatus*Version Computerexperiment	1.50 (1, 144)	0.223
	Zeitpunkt*Risikostatus*Version Computerexperiment	1.40 (1, 144)	0.240

Tabelle 3.34: Haupt- und Interaktionseffekte der M-DAS-Skala „Wut“

M-DAS-Skala	Haupt-und Interaktionseffekte	<i>F (df)</i>	<i>P</i>
Wut	Zeitpunkt	13.97 (1, 144)	0.000
	Zeitpunkt*Risikostatus	1.67 (1, 144)	0.199
	Zeitpunkt*Version Computereperiment	0.25 (1, 144)	0.615
	Risikostatus	0.59 (1, 144)	0.442
	Version Computereperiment	2.30 (1, 144)	0.131
	Risikostatus*Version Computereperiment	1.56 (1, 144)	0.213
	Zeitpunkt*Risikostatus*Version Computereperiment	0.76 (1, 144)	0.386

Tabelle 3.35: Haupt- und Interaktionseffekte der M-DAS-Skala „Ekel“

M-DAS-Skala	Haupt-und Interaktionseffekte	<i>F (df)</i>	<i>P</i>
Ekel	Zeitpunkt	2.50 (1, 144)	0.116
	Zeitpunkt*Risikostatus	0.28 (1, 144)	0.598
	Zeitpunkt*Version Computereperiment	1.06 (1, 144)	0.304
	Risikostatus	3.90 (1, 144)	0.050
	Version Computereperiment	0.00 (1, 144)	0.952
	Risikostatus*Version Computereperiment	3.82 (1, 144)	0.053
	Zeitpunkt*Risikostatus*Version Computereperiment	0.12 (1, 144)	0.730

Tabelle 3.36: Haupt- und Interaktionseffekte der M-DAS-Skala „Verachtung“

M-DAS-Skala	Haupt-und Interaktionseffekte	<i>F (df)</i>	<i>P</i>
Verachtung	Zeitpunkt	5.97 (1, 144)	0.016
	Zeitpunkt*Risikostatus	1.86 (1, 144)	0.175
	Zeitpunkt*Version Computereperiment	0.00 (1, 144)	0.952
	Risikostatus	10.88 (1, 144)	0.001
	Version Computereperiment	0.30 (1, 144)	0.585
	Risikostatus*Version Computereperiment	0.36 (1, 144)	0.551
	Zeitpunkt*Risikostatus*Version Computereperiment	0.00 (1, 144)	0.948

Tabelle 3.37: Haupt- und Interaktionseffekte der M-DAS-Skala „Angst“

M-DAS-Skala	Haupt-und Interaktionseffekte	<i>F (df)</i>	<i>P</i>
Angst	Zeitpunkt	5.00 (1, 144)	0.027
	Zeitpunkt*Risikostatus	1.21 (1, 144)	0.274
	Zeitpunkt*Version Computerexperiment	0.10 (1, 144)	0.749
	Risikostatus	5.54 (1, 144)	0.020
	Version Computerexperiment	1.72 (1, 144)	0.192
	Risikostatus*Version Computerexperiment	2.79 (1, 144)	0.097
	Zeitpunkt*Risikostatus*Version Computerexperiment	0.00 (1, 144)	0.949

Tabelle 3.38: Haupt- und Interaktionseffekte der M-DAS-Skala „Langeweile“

M-DAS-Skala	Haupt-und Interaktionseffekte	<i>F (df)</i>	<i>P</i>
Langeweile	Zeitpunkt	1.77 (1, 144)	0.186
	Zeitpunkt*Risikostatus	0.01 (1, 144)	0.914
	Zeitpunkt*Version Computerexperiment	0.26 (1, 144)	0.608
	Risikostatus	0.34 (1, 144)	0.561
	Version Computerexperiment	0.00 (1, 144)	0.958
	Risikostatus*Version Computerexperiment	0.08 (1, 144)	0.774
	Zeitpunkt*Risikostatus*Version Computerexperiment	0.23 (1, 144)	0.636

Tabelle 3.39: Haupt- und Interaktionseffekte der M-DAS-Skala „Scham“

M-DAS-Skala	Haupt-und Interaktionseffekte	<i>F (df)</i>	<i>P</i>
Scham	Zeitpunkt	39.09 (1, 144)	0.000
	Zeitpunkt*Risikostatus	0.00 (1, 144)	0.950
	Zeitpunkt*Version Computerexperiment	0.88 (1, 144)	0.351
	Risikostatus	3.46 (1, 144)	0.065
	Version Computerexperiment	1.06 (1, 144)	0.305
	Risikostatus*Version Computerexperiment	0.00 (1, 144)	0.968
	Zeitpunkt*Risikostatus*Version Computerexperiment	0.06 (1, 144)	0.815

Tabelle 3.40: Haupt- und Interaktionseffekte der M-DAS-Skala „Schuld“

M-DAS-Skala	Haupt-und Interaktionseffekte	<i>F</i> (<i>df</i>)	<i>P</i>
Schuld	Zeitpunkt	19.66 (1, 144)	0.000
	Zeitpunkt*Risikostatus	0.32 (1, 144)	0.575
	Zeitpunkt*Version Computerexperiment	0.70 (1, 144)	0.405
	Risikostatus	4.47 (1, 144)	0.036
	Version Computerexperiment	0.08 (1, 144)	0.772
	Risikostatus*Version Computerexperiment	0.51 (1, 144)	0.477
	Zeitpunkt*Risikostatus*Version Computerexperiment	0.01 (1, 144)	0.923

Tabelle 3.41: Durchschnittliche M-DAS-Pretest- und Posttestwerte der HR- und der NR-Gruppe, Computereperiment Version A

Version A			
	M-DAS-Skala	Pretest <i>M</i> (<i>SD</i>)	Posttest <i>M</i> (<i>SD</i>)
HR-Gruppe	Vergnügen	7.49 (1.79)	7.32 (2.31)
	Freude	9.38 (1.52)	8.68 (2.04)
	Zufriedenheit	10.38 (2.18)	9.51 (2.13)
	Zuneigung	9.19 (3.14)	8.81 (3.55)
	Faszination	6.32 (2.60)	6.35 (2.53)
	Ergriffenheit	5.65 (2.45)	5.19 (2.45)
	Interesse	11.14 (1.78)	10.76 (2.15)
	Überraschung	5.19 (1.93)	5.84 (2.68)
	Trauer	5.32 (2.31)	4.73 (1.91)
	Wut	3.92 (1.50)	3.65 (1.25)
	Ekel	3.51 (1.41)	3.46 (1.07)
	Verachtung	3.92 (1.14)	3.59 (0.90)
	Angst	4.27 (1.77)	4.05 (1.86)
	Langeweile	4.22 (1.34)	4.05 (1.60)
	Scham	4.22 (1.58)	3.78 (1.27)

	Schuld	4.46 (2.50)	4.08 (1.96)
NR-Gruppe	Vergnügen	7.73 (1.91)	7.86 (2.63)
	Freude	9.97 (2.10)	9.51 (2.53)
	Zufriedenheit	11.24 (1.50)	10.86 (1.90)
	Zuneigung	9.24 (2.97)	8.97 (3.12)
	Faszination	6.62 (2.27)	5.76 (2.18)
	Ergriffenheit	5.19 (2.11)	4.43 (1.72)
	Interesse	11.03 (1.91)	10.43 (2.09)
	Überraschung	4.89 (2.16)	5.14 (2.26)
	Trauer	4.13 (1.53)	4.05 (1.51)
	Wut	3.51 (0.93)	3.16 (0.55)
	Ekel	3.05 (0.33)	3.03 (0.16)
	Verachtung	3.27 (0.51)	3.19 (0.46)
	Angst	3.41 (1.11)	3.32 (1.11)
	Langeweile	4.22 (1.58)	4.19 (1.93)
	Scham	3.84 (1.54)	3.43 (0.93)
	Schuld	3.75 (1.53)	3.27 (0.51)

Tabelle 3.42: Durchschnittliche M-DAS-Pretest- und Posttestwerte der HR- und der NR-Gruppe, Computereperiment Version B

Version B			
	M-DAS-Skala	Pretest <i>M (SD)</i>	Posttest <i>M (SD)</i>
HR-Gruppe	Vergnügen	7.91 (2.23)	7.74 (2.36)
	Freude	9.86 (2.43)	9.20 (2.34)
	Zufriedenheit	10.60 (2.39)	10.03 (2.43)
	Zuneigung	9.34 (3.27)	8.46 (3.39)
	Faszination	6.97 (2.20)	5.60 (1.93)
	Ergriffenheit	5.66 (1.80)	4.80 (1.80)
	Interesse	11.17 (1.72)	10.37 (2.02)
	Überraschung	5.69 (2.00)	5.71 (2.53)

	Trauer	5.14 (2.12)	4.57 (2.09)
	Wut	3.94 (1.45)	3.74 (1.24)
	Ekel	3.40 (0.91)	3.14 (0.55)
	Verachtung	3.91 (1.69)	3.59 (0.99)
	Angst	3.66 (0.97)	3.49 (0.92)
	Langeweile	4.14 (1.33)	3.97 (1.47)
	Scham	4.49 (1.46)	3.94 (1.28)
	Schuld	4.29 (1.64)	4.03 (1.64)
NR-Gruppe	Vergnügen	7.95 (1.88)	7.82 (2.35)
	Freude	9.59 (1.94)	9.26 (2.19)
	Zufriedenheit	10.85 (2.18)	10.56 (2.45)
	Zuneigung	9.08 (3.34)	8.41 (3.56)
	Faszination	6.69 (2.44)	6.03 (2.28)
	Ergriffenheit	5.67 (2.25)	4.77 (1.88)
	Interesse	11.67 (1.78)	11.13 (1.72)
	Überraschung	4.90 (1.65)	5.18 (2.00)
	Trauer	4.97 (2.31)	4.38 (2.01)
	Wut	4.26 (2.40)	3.64 (1.56)
	Ekel	3.33 (0.70)	3.21 (0.73)
	Verachtung	3.44 (0.79)	3.33 (0.81)
	Angst	3.46 (1.07)	3.41 (0.79)
	Langeweile	4.38 (1.63)	4.13 (1.51)
	Scham	4.13 (1.28)	3.54 (1.00)
	Schuld	3.95 (1.78)	3.62 (1.39)

3.2.4.2 Hypothesen 2a und 2 b

Es wurde überprüft, ob das *Selbstwertgefühl* junger Frauen mit einem hohen Risiko für Essstörungen im Vergleich zu jungen Frauen mit einem niedrigen Risiko durch das Betrachten von schlanken Models negativ beeinflusst wird.

Erwartet wurde, dass bei HR-Frauen – im Gegensatz zu NR-Frauen –, die die Version A des Computereperiments gesehen haben, die Unzufriedenheit mit sich selbst zunimmt und Ineffektivitätsgefühle steigen. Die Exposition mit der Version B des Compu-

terexperiments sollte sowohl auf HR-Frauen als auch auf NR-Frauen keine negative Auswirkung haben.

Haupt- und Interaktionseffekte der VAS-Skala „Zufriedenheit mit sich selbst“ und der EDI-2-Skala „Ineffektivität“ zeigen Tabelle 3.43 und Tabelle 3.46 (signifikante Effekte und Trends sind grau hinterlegt). Der Tabelle 3.44 und Tabelle 3.45 sowie Tabelle 3.47 und Tabelle 3.48 können die dazugehörigen durchschnittlichen Pretest- und Posttestwerte der HR- und der NR-Gruppe getrennt für die beiden Versionen des Computereperiments entnommen werden.

Auf dem 1 %-Niveau erweist sich der Haupteffekt „Risikostatus“ hoch signifikant für die VAS-Skala „Zufriedenheit mit sich selbst“ und die EDI-2-Skala „Ineffektivität“. Frauen mit einem hohen Risiko für Essstörungen wiesen zu allen Erhebungszeitpunkten und unabhängig von der absolvierten Version des Experiments ein niedrigeres Selbstwertgefühl auf als Frauen mit einem niedrigen Risiko.

Des Weiteren fand sich ein signifikanter Interaktionseffekt erster Ordnung (Risikostatus*Version Computereperiment) für die VAS-Skala „Zufriedenheit mit sich selbst“. Während sowohl für die HR- als auch für die NR-Frauen die Exposition mit der Version A des Experiments keine bedeutsamen Auswirkungen zeigte, nahm nach der Exposition mit der Version B des Experiments die Zufriedenheit mit sich selbst in der NR-Gruppe zu, in der HR-Gruppe hingegen ab. Weitere relevante Haupt- und Interaktionseffekte fanden sich nicht.

Tabelle 3.43: Haupt- und Interaktionseffekte der VAS-Skala „Zufriedenheit mit sich selbst“

VAS-Skala	Haupt-und Interaktionseffekte	<i>F (df)</i>	<i>P</i>
Zufriedenheit mit sich selbst	Zeitpunkt	1.07 (1, 144)	0.303
	Zeitpunkt*Risikostatus	1.58 (1, 144)	0.211
	Zeitpunkt*Version Computereperiment	0.01(1, 144)	0.935
	Risikostatus	14.24 (1, 144)	0.000
	Version Computereperiment	1.36 (1, 144)	0.245
	Risikostatus*Version Computereperiment	4.20 (1, 144)	0.042
	Zeitpunkt*Risikostatus*Version Computereperiment	2.23 (1, 144)	0.137

Tabelle 3.44: Durchschnittliche VAS-Pretest- und Posttestwerte, Skala „Zufriedenheit mit sich selbst“ der HR- und der NR-Gruppe, Computorexperiment Version A

Version A			
	VAS-Skala	Pretest <i>M (SD)</i>	Posttest <i>M (SD)</i>
HR-Gruppe	Zufriedenheit mit sich selbst	60.27 (19.37)	59.62 (18.01)
NR-Gruppe		77.57 (12.91)	76.49 (13.05)

Tabelle 3.45: Durchschnittliche VAS-Pretest- und Posttestwerte, Skala „Zufriedenheit mit sich selbst“ der HR- und der NR-Gruppe, Computorexperiment Version B

Version B			
	VAS-Skala	Pretest <i>M (SD)</i>	Posttest <i>M (SD)</i>
HR-Gruppe	Zufriedenheit mit sich selbst	64.29 (19.66)	60.77 (24.01)
NR-Gruppe		66.85 (21.19)	68.33 (18.73)

Tabelle 3.46: Haupt- und Interaktionseffekte der EDI-2-Skala „Ineffektivität“

EDI-2-Skala	Haupt-und Interaktionseffekte	<i>F (df)</i>	<i>P</i>
Ineffektivität	Zeitpunkt	0.18 (1, 144)	0.672
	Zeitpunkt*Risikostatus	0.94 (1, 144)	0.335
	Zeitpunkt*Version Computorexperiment	0.54(1, 144)	0.465
	Risikostatus	17.07 (1, 144)	0.000
	Version Computorexperiment	1.77 (1, 144)	0.185
	Risikostatus*Version Computorexperiment	2.92 (1, 144)	0.190
	Zeitpunkt*Risikostatus*Version Computorexperiment	1.99 (1, 144)	0.161

Tabelle 3.47: Durchschnittliche EDI-2-Pretest- und Posttestwerte, Skala „Ineffektivität“ der HR- und der NR-Gruppe, Computereperiment Version A

Version A			
	EDI-2-Skala	Pretest <i>M (SD)</i>	Posttest <i>M (SD)</i>
HR-Gruppe	Ineffektivität	23.67 (6.42)	24.51 (7.13)
NR-Gruppe		17.92 (4.72)	18.30 (4.82)

Tabelle 3.48: Durchschnittliche EDI-2-Pretest- und Posttestwerte, Skala „Ineffektivität“ der HR- und der NR-Gruppe, Computereperiment Version B

Version B			
	EDI-2-Skala	Pretest <i>M (SD)</i>	Posttest <i>M (SD)</i>
HR-Gruppe	Ineffektivität	24.41 (8.45)	23.00 (7.99)
NR-Gruppe		20.68 (7.35)	21.77 (8.12)

3.2.4.3 Hypothesen 3a und 3 b

Erwartet wurde, dass HR-Frauen – im Gegensatz zu NR-Frauen – nach Absolvierung der Version A des Experiments *unzufriedener mit dem eigenen Körper*, mit dem *äußeren Erscheinungsbild* und mit dem *Gewicht* sind. Die Exposition mit der Version B des Computereperiments sollte sowohl auf HR-Frauen als auch auf NR-Frauen keine negative Auswirkung haben.

Haupt- und Interaktionseffekte der *EDI-2-Skala „Unzufriedenheit mit dem Körper“* sowie der *VAS-Skalen „Zufriedenheit mit dem Gewicht“*, *„Zufriedenheit mit dem äußeren Erscheinungsbild“* und *„Zufriedenheit mit dem Körper“* zeigen die Tabelle 3.49, Tabelle 3.52, Tabelle 3.53 und Tabelle 3.54 (signifikante Effekte und Trends sind grau hinterlegt). Der Tabelle 3.47 und Tabelle 3.51 sowie Tabelle 3.55 und Tabelle 3.56 können die dazugehörigen durchschnittlichen Pretest- und Posttestwerte der HR- und der NR-Gruppe getrennt für die beiden Versionen des Computereperiments entnommen werden.

Auf dem 5 %-Niveau erweist sich der Haupteffekt „Zeitpunkt“ signifikant für die VAS-Skala „Zufriedenheit mit dem äußeren Erscheinungsbild“. Die Zufriedenheit aller Probandinnen mit dem äußeren Erscheinungsbild stieg von Pretest zu Posttest leicht an. Weiterhin fand sich ein hoch signifikanter Haupteffekt „Risikostatus“ für die EDI-2-Skala „Unzufriedenheit mit dem Körper“ sowie für alle VAS-Skalen, d. h. die HR-Frauen gaben an, generell unzufriedener mit ihrem Körper, ihrem Äußeren und ihrem Gewicht zu sein als die NR-Frauen.

Darüber hinaus nahm unabhängig von der gesehenen Version des Experiments die „Unzufriedenheit mit dem Körper“ (EDI-2-Skala) in der HR-Gruppe von Pretest zu Posttest ab, wohingegen sie in der NR-Gruppe anstieg (hoch signifikanter Interaktionseffekt erster Ordnung Zeitpunkt*Risikostatus). Die „Zufriedenheit mit dem Gewicht“ und „dem äußeren Erscheinungsbild“ (VAS-Skalen) stieg in der NR-Gruppe von Pretest zu Posttest sowohl nach der Exposition mit der Version A als auch mit der Version B des Experiments an, in der HR-Gruppe fanden sich tendenziell gleich bleibende bis sinkende Werte (hochsignifikanter Interaktionseffekt erster Ordnung bzw. Trend $p = 0.10$, Zeitpunkt*Risikostatus).

Ein weiterer Interaktionseffekt erster Ordnung (Risikostatus*Version Computereperiment) auf der VAS-Skala „Zufriedenheit mit dem Körper“ erwies sich als knapp signifikant (Trend $p = 0.10$), d. h. NR-Frauen geben nach Exposition mit beiden Versionen des Experiments an, zufriedener mit ihrem Körper zu sein. HR—Frauen berichten im Gegensatz dazu von einer gleich bleibender (Version A) bzw. von sinkender Zufriedenheit mit dem Körper (Version B).

Ein signifikanter Interaktionseffekt zweiter Ordnung fand sich lediglich auf der EDI-2-Skala „Unzufriedenheit mit dem Körper“. Die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper nimmt bei NR-Frauen bei beiden Versionen des Experiments wider Erwarten von Pretest zu Posttest zu, wohingegen die Körperunzufriedenheit der HR-Frauen abnimmt (vgl. Abbildung 3.3 und Abbildung 3.4).

Tabelle 3.49: Haupt- und Interaktionseffekte der EDI-2-Skala „Unzufriedenheit mit dem Körper“

EDI-2-Skala	Haupt-und Interaktionseffekte	<i>F</i> (<i>df</i>)	<i>P</i>
Unzufriedenheit mit dem Körper	Zeitpunkt	1.62 (1, 144)	0.206
	Zeitpunkt*Risikostatus	41.60 (1, 144)	0.000

	Zeitpunkt*Version Computerexperiment	0.366(1, 144)	0.546
	Risikostatus	187.21 (1, 144)	0.000
	Version Computerexperiment	1.13 (1, 144)	0.290
	Risikostatus*Version Computerexperiment	0.93 (1, 144)	0.335
	Zeitpunkt*Risikostatus*Version Computerexperiment	4.80 (1, 144)	0.030

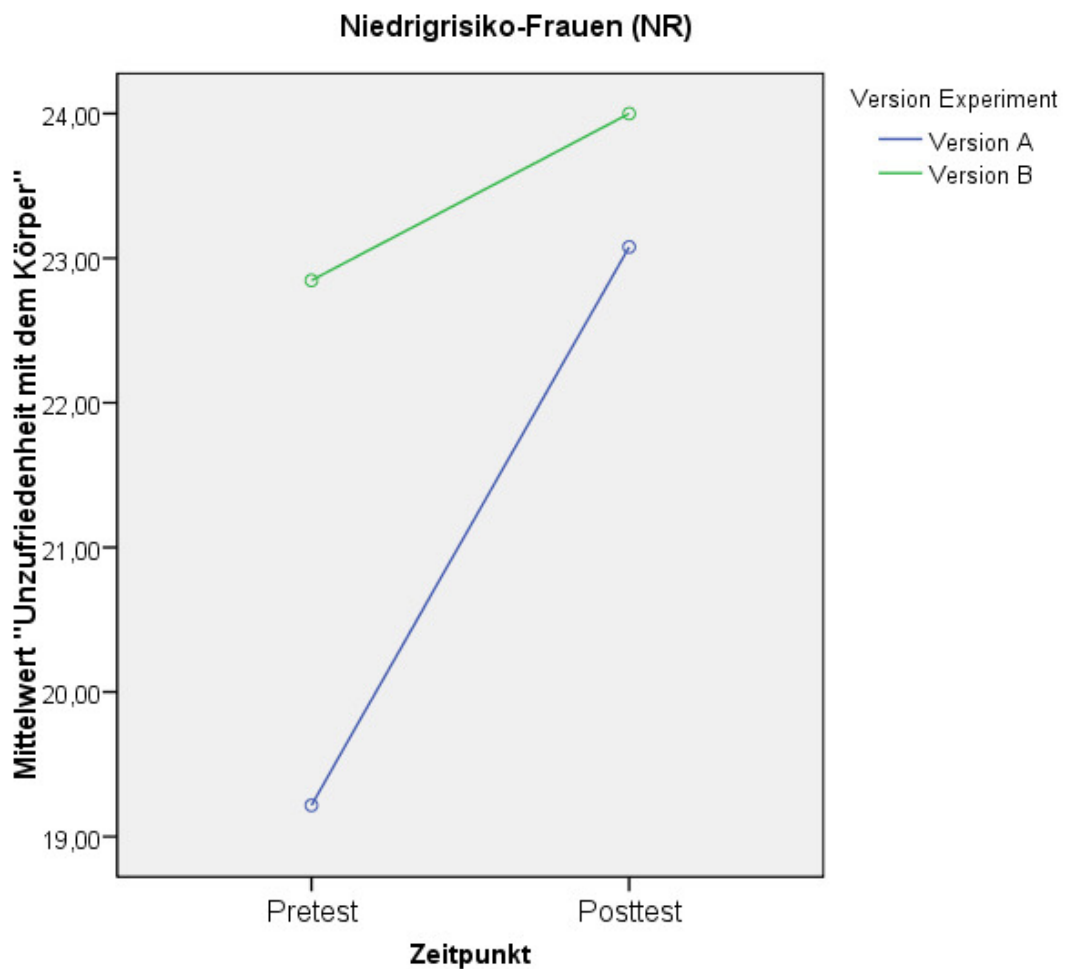


Abbildung 3.3: Mittelwerte der EDI-2-Skala „Unzufriedenheit mit dem Körper“ der Niedrigrisiko-Frauen von Pretest zu Posttest für die beiden Versionen des Experiments

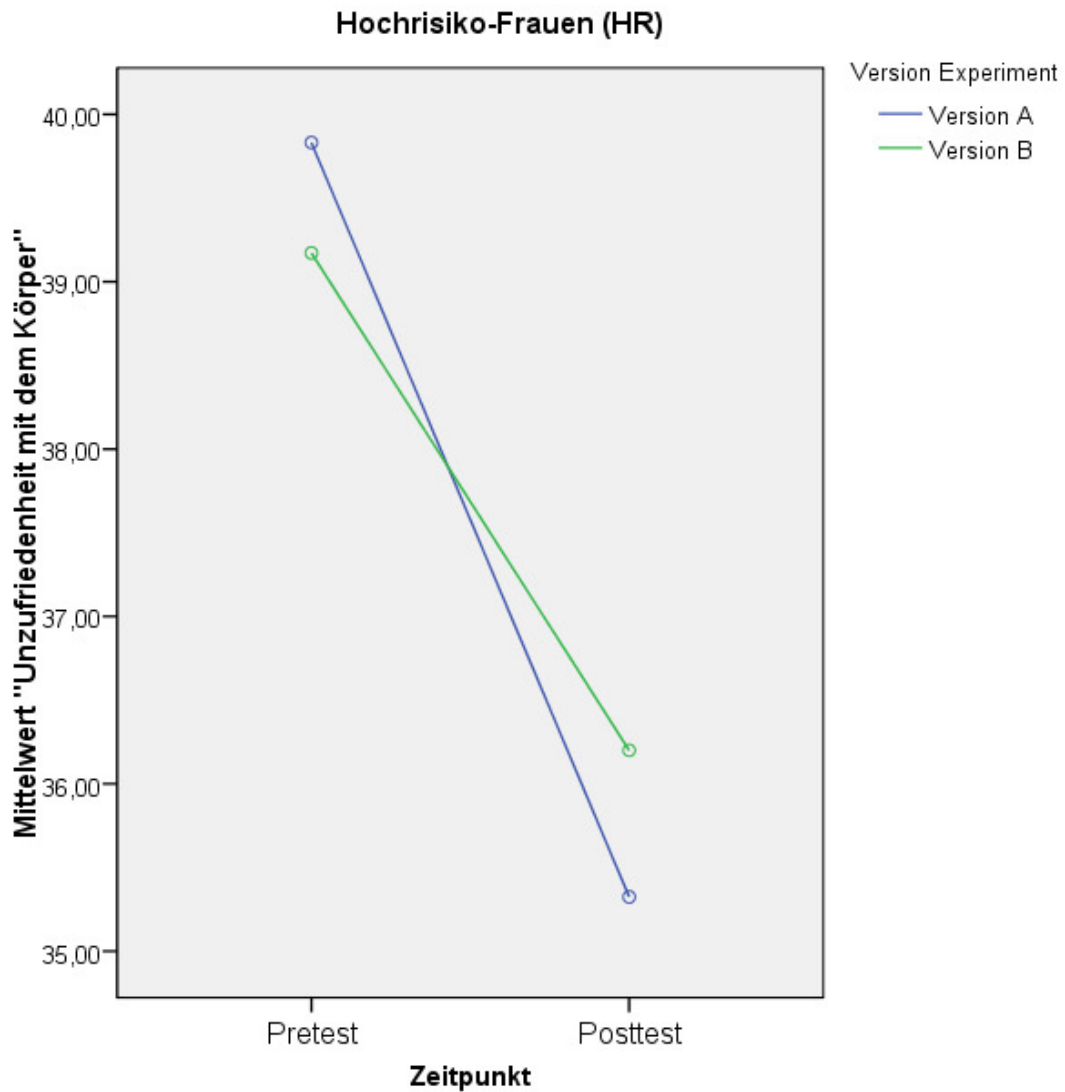


Abbildung 3.4: Mittelwerte der EDI-2-Skala „Unzufriedenheit mit dem Körper“ der Hochrisiko-Frauen von Pretest zu Posttest für die beiden Versionen des Experiments

Tabelle 3.50: Durchschnittliche EDI-2-Pretest- und Posttestwerte, Skala „Unzufriedenheit mit dem Körper“ der HR- und der NR-Gruppe, Computereperiment Version A

Version A			
	EDI-2-Skala	Pretest <i>M (SD)</i>	Posttest <i>M (SD)</i>
HR-Gruppe	Unzufriedenheit mit dem Körper	39.83 (8.21)	35.32 (7.75)
NR-Gruppe		19.22 (7.99)	23.08 (6.95)

Tabelle 3.51: Durchschnittliche EDI-2-Pretest- und Posttestwerte, Skala „Unzufriedenheit mit dem Körper“ der HR- und der NR-Gruppe, Computereperiment Version B

Version B			
	EDI-2-Skala	Pretest <i>M (SD)</i>	Posttest <i>M (SD)</i>
HR-Gruppe	Unzufriedenheit mit dem Körper	39.17 (7.66)	36.20 (7.19)
NR-Gruppe		22.85 (7.25)	24.00 (6.28)

Tabelle 3.52: Haupt- und Interaktionseffekte der VAS-Skala „Zufriedenheit mit dem Gewicht“

VAS-Skala	Haupt-und Interaktionseffekte	<i>F (df)</i>	<i>P</i>
Zufriedenheit mit dem Gewicht	Zeitpunkt	2.42 (1, 144)	0.122
	Zeitpunkt*Risikostatus	7.12 (1, 144)	0.009
	Zeitpunkt*Version Computereperiment	0.21 (1, 144)	0.647
	Risikostatus	102.41 (1, 144)	0.000
	Version Computereperiment	0.29 (1, 144)	0.592
	Risikostatus*Version Computereperiment	0.09 (1, 144)	0.764
	Zeitpunkt*Risikostatus*Version Computereperiment	2.32 (1, 144)	0.130

Tabelle 3.53: Haupt- und Interaktionseffekte der VAS-Skala „Zufriedenheit mit dem äußeren Erscheinungsbild“

VAS-Skala	Haupt-und Interaktionseffekte	<i>F (df)</i>	<i>P</i>
Zufriedenheit mit dem äußeren Erscheinungsbild	Zeitpunkt	5.13 (1, 144)	0.025
	Zeitpunkt*Risikostatus	3.43 (1, 144)	0.066
	Zeitpunkt*Version Computereperiment	0.01 (1, 144)	0.931
	Risikostatus	34.70 (1, 144)	0.000
	Version Computereperiment	2.39 (1, 144)	0.125
	Risikostatus*Version Computereperiment	0.00 (1, 144)	0.973

	terexperiment		
	Zeitpunkt*Risikostatus*Version Computereperiment	2.49 (1, 144)	0.117

Tabelle 3.54: Haupt- und Interaktionseffekte der VAS-Skala „Zufriedenheit mit dem Körper“

VAS-Skala	Haupt-und Interaktionseffekte	<i>F (df)</i>	<i>P</i>
Zufriedenheit mit dem Körper	Zeitpunkt	0.70 (1, 144)	0.404
	Zeitpunkt*Risikostatus	2.85 (1, 144)	0.094
	Zeitpunkt*Version Computer- experiment	1.38 (1, 144)	0.243
	Risikostatus	81.37 (1, 144)	0.000
	Version Computereperiment	0.04 (1, 144)	0.850
	Risikostatus*Version Compu- terexperiment	3.08 (1, 144)	0.081
	Zeitpunkt*Risikostatus*Version Computereperiment	0.126 (1, 144)	0.724

Tabelle 3.55: Durchschnittliche VAS-Pretest- und Posttestwerte, Skalen „Zufriedenheit mit dem Gewicht“, „Zufriedenheit mit dem äußeren Erscheinungsbild“, „Zufriedenheit mit dem Körper“ der HR- und der NR-Gruppe, Computereperiment Version A

Version A			
	VAS-Skala	Pretest <i>M (SD)</i>	Posttest <i>M (SD)</i>
HR-Gruppe	Zufriedenheit mit dem Gewicht	34.16 (19.34)	32.89 (17.92)
	Zufriedenheit mit dem äußeren Er- scheinungsbild	54.11 (17.12)	53.11 (16.45)
	Zufriedenheit mit dem Körper	41.11 (20.18)	41.08 (18.65)
NR-Gruppe	Zufriedenheit mit dem Gewicht	66.22 (19.76)	69.84 (19.57)
	Zufriedenheit mit dem äußeren Er- scheinungsbild	67.70 (18.19)	73.08 (18.99)
	Zufriedenheit mit dem Körper	72.59 (18.42)	76.14 (16.31)

Tabelle 3.56: Durchschnittliche VAS-Pretest- und Posttestwerte, Skalen „Zufriedenheit mit dem Gewicht“, „Zufriedenheit mit dem äußeren Erscheinungsbild“, „Zufriedenheit mit dem Körper“ der HR- und der NR-Gruppe, Computereperiment Version B

Version B			
	VAS-Skala	Pretest <i>M (SD)</i>	Posttest <i>M (SD)</i>
HR-Gruppe	Zufriedenheit mit dem Gewicht	36.31 (16.32)	36.29 (19.96)
	Zufriedenheit mit dem äußeren Erscheinungsbild	48.20 (20.38)	49.97 (21.83)
	Zufriedenheit mit dem Körper	46.66 (19.33)	45.20 (22.75)
NR-Gruppe	Zufriedenheit mit dem Gewicht	68.15 (23.51)	69.46 (25.01)
	Zufriedenheit mit dem äußeren Erscheinungsbild	64.92 (16.57)	67.21 (16.74)
	Zufriedenheit mit dem Körper	67.92 (19.18)	68.79 (20.72)

3.2.4.4 Hypothese 4

Es wurde vermutet, dass sich junge Frauen mit einem hohen Risiko für Essstörungen im Vergleich zu jungen Frauen mit einem niedrigen Risiko stärker an dem durch die Medien transportierten Schlankheitsideal orientieren und eine stärkere *Internalisierung des Schlankheitsideals* aufweisen. Die Ergebnisse des berechneten t-Tests³⁷ unterstützen die Hypothese: Die HR-Gruppe ($M = 30.51$; $SD = 7.50$) unterschied sich hoch signifikant von der NR-Gruppe ($M = 22.54$; $SD = 5.60$) hinsichtlich der erzielten durchschnittlichen Werte im *SATAQ* ($T = -7.36$; $df = 146$; $p/2 \leq 0.01$ bei einseitiger Testung).

3.2.4.5 Hypothese 5

In Anlehnung an Harrison (2001) wurde aus den Selbstauskünften der Teilnehmerinnen in freier Form (im Anschluss an den *SATAQ*, vgl. Kapitel 3.2.3.2) ein *Index für die durchschnittliche mediale Exposition* berechnet. Hierzu wurde zunächst die durch-

³⁷ Voraussetzungen für die Berechnung von t-Test oder Welch-Test siehe Kapitel 3.2.3.3 oder Diehl und Staufenbiel (2007, Kap. 43).

schnittliche *Fernsehdauer* in Stunden an einem Wochentag mit dem Faktor fünf multipliziert (fünf Wochentage) und die durchschnittliche Fernsehdauer an einem Wochenende (durchschnittliche Fernsehdauer in Stunden an einem Sonntag multipliziert mit zwei) addiert. Zu diesem Wert für die durchschnittliche Fernsehdauer in Stunden pro Woche wurde in einem weiteren Schritt die durchschnittliche *Internetnutzung* in Stunden pro Woche (die Berechnung erfolgte analog) sowie die Anzahl der gelesenen *Zeitschriften* pro Monat addiert.

Die HR-Gruppe ($M = 30.86$; $SD = 14.81$) wies im Vergleich zur NR-Gruppe ($M = 24.18$; $SD = 12.57$) einen hoch signifikant ausgeprägteren Medienkonsum (Fernsehen, Zeitschrift, Internet) auf ($t = -2.96$; $df = 146$; $p/2 \leq 0.01$ bei einseitiger Testung).³⁸

Darüber hinaus wurde vermutet, dass junge Frauen mit einem hohen Risiko in einem früheren Alter einen *eigenen Fernsehapparat* besessen haben als junge Frauen mit einem niedrigen Risiko. Hier fanden sich keine signifikanten Unterschiede ($t = -1.15$; $df = 140.53$; $p/2 > 0.05$ bei einseitiger Testung) zwischen der HR-Gruppe ($M = 13.63$; $SD = 5.77$) und der NR-Gruppe ($M = 12.38$; $SD = 7.45$).

3.2.5 Diskussion

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Studie 2 im Einzelnen diskutiert. Gegenstand der vorliegenden Studie ist die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen einem hohen Risiko für Essstörungen und der Beeinflussbarkeit durch das medial präsentierte Schlankeitsideal.

Bereits an dieser Stelle soll darauf hingewiesen werden, dass die Untersuchung der Einflüsse des medial präsentierten Schlankeitsideals äußerst komplex ist und Studien nicht selten zu teilweise widersprüchlichen Ergebnissen kommen (Groesz et al., 2002). Auch wenn in der Mehrzahl der Studien von negativen Einflüssen des medial präsentierten Schlankeitsideals auf die Psyche von Frauen berichtet wird, gibt es Studien, die zu gegenteiligen Ergebnissen kommen bzw. negative Einflüsse nur unter ganz bestimmten Rahmenbedingungen konstatieren (z. B. T. F. Cash et al., 1983; Champion & Furnham, 1999; Holmstrom, 2004; Jansen & de Vries, 2002; Joshi et al., 2004; Mills et al., 2002; Myers & Biocca, 1992; Polivy & Herman, 2004).

Ein hohes Risiko für Essstörungen wurde in der vorliegenden Studie generell mittels des erzielten Fragebogenscores der WCS operationalisiert (vgl. Kapitel 3.1.3.2 und Dis-

kussion, Kapitel 3.1.5.1). Die 37 Studentinnen der Studie 1, die bereits stärker gestörtes Essverhalten aufwiesen (Gruppe „Manifest Gestört“/MG), wurden von vornherein von Studie 2 ausgeschlossen, da in dieser dezidiert Hochrisikofrauen ohne manifeste Essstörungsproblematik mit einer Gruppe von Niedrigrisikofrauen verglichen werden sollten.

Wie erwartet unterschieden sich die HR-Frauen hoch signifikant von den NR-Frauen und wiesen sowohl einen höheren durchschnittlichen *WCS-Score* als auch einen höheren durchschnittlichen *BMI* auf.

Die Befunde werden zunächst im Rahmen der referierten theoretischen Modelle und Konstrukte sowie deren Operationalisierungen interpretiert (Kapitel 3.2.5.1 bis 3.2.5.5). Die Darstellung erfolgt in der Reihenfolge der Fragestellungen und Hypothesen. Anschließend erfolgt die Erörterung methodischer Stärken und Einschränkungen (Kapitel 3.2.5.6). Zuletzt werden ein kurzer Ausblick und Empfehlungen für zukünftige Untersuchungen skizziert (Kapitel 3.2.5.7).

3.2.5.1 Risikostatus für Essstörungen und Beeinflussbarkeit der Gefühle durch mediale Exposition

Erwartet wurde, dass sich bei HR-Frauen – im Gegensatz zu NR-Frauen –, die die Version A des Computerexperiments gesehen haben, *positive Gefühle* (Vergnügen, Freude, Zufriedenheit, Zuneigung, Faszination, Ergriffenheit, Interesse, Überraschung) durch die Exposition abschwächen, *negative Gefühle* (Trauer, Wut, Ekel, Verachtung, Angst, Langeweile, Scham, Schuld) sich hingegen verstärken (Operationalisierung mit der *M-DAS*). Die Exposition mit der Version B des Computerexperiments sollte sowohl auf HR-Frauen als auch auf NR-Frauen keine negative Auswirkung haben.

Diese differentielle Veränderungshypothese konnte im Großen und Ganzen nicht bestätigt werden. Ein signifikanter Interaktionseffekt zweiter Ordnung – und damit ein hypothesenkonformes Ergebnis – fand sich lediglich auf der *M-DAS*-Skala „Faszination“. Ausschließlich die HR-Frauen, die die Version A des Experiments gesehen hatten, gaben an, sich nach der Betrachtung der schlanken Models faszinierter zu fühlen (vgl. Abbildung 3.1 und Abbildung 3.2), was daraufhin deuten könnte, dass Bilder schlanker Models für HR-Frauen eine größere Relevanz besitzen bzw. für sie von größerem Interesse sein könnten als Bilder normalgewichtiger Models.

³⁸ Voraussetzungen für die Berechnung von t-Test oder Welch-Test siehe Kapitel 3.2.3.3 oder Diehl und Staufenbiel (2007, Kap. 43).

Über alle Teilnehmerinnen hinweg nahmen sowohl die positiven als auch die negativen Gefühle von Pretest zu Posttest ab (nur bei der Skala „Überraschung“ war eine Zunahme zu verzeichnen), was für eine zunehmend „neutralere“ Stimmungslage im Verlauf des Experiments spricht: „suggesting that merely participating in a study may involve a degree of novelty that could initially exaggerate these emotions, which later decrease as a function of subsiding evaluation apprehension rather than an experimental effect“ (Agliata & Tantleff-Dunn, 2004, S. 17). Es ist nicht auszuschließen, dass minimale Gefühlsänderungen, ausgelöst durch die mediale Exposition, möglicherweise nicht entdeckt werden konnten.

Konsistent mit den Befunden aus Studie 1 sowie den Ergebnissen zahlreicher Studien (vgl. Kapitel 3.1.5.5) empfanden die HR-Frauen im Vergleich zu den NR-Frauen unabhängig von der gesehenen Version des Experiments mehr Unzufriedenheit, Ekel, Verachtung, Schuld, Trauer und Ekel, d. h. sie wiesen mehr negative Emotionalität auf.

3.2.5.2 Risikostatus für Essstörungen und Beeinflussbarkeit des Selbstwertgefühls durch mediale Exposition

Es wurde überprüft, ob das *Selbstwertgefühl* junger Frauen mit einem hohen Risiko für Essstörungen im Vergleich zu jungen Frauen mit einem niedrigen Risiko durch das Betrachten von schlanken Models negativ beeinflusst wird (operationalisiert mit der VAS-Skala „Zufriedenheit mit sich selbst“ und der EDI-2-Skala „Ineffektivität“).

Erwartet wurde, dass bei HR-Frauen – im Gegensatz zu NR-Frauen –, die die Version A des Computereperiments gesehen haben, die Unzufriedenheit mit sich selbst zunimmt und Ineffektivitätsgefühle steigen. Die Exposition mit der Version B des Computereperiments sollte sowohl auf HR-Frauen als auch auf NR-Frauen keine negative Auswirkung haben.

Die Ergebnisse stützen auch hier die differentielle Veränderungshypothese nicht. Bemerkenswert ist jedoch, dass wider Erwarten die Version B des Experiments eine differentielle Wirkung auf die HR-Frauen und die NR-Frauen hatte: Nach der Exposition mit der Version B nahm die Zufriedenheit mit sich selbst bei den NR-Frauen zu, hingegen bei den HR-Frauen ab (Interaktionseffekt erster Ordnung, Risikostatus*Version Computereperiment, VAS-Skala „Zufriedenheit mit sich selbst“). Für diesen Befund könnten zum einen Identifikationsprozesse in Betracht gezogen werden. Die NR-Frauen, die aufgrund ihres eigenen Gewichtstatus eine stärkere Ähnlichkeit zu den normalgewichtigen Models aufwiesen als die HR-Frauen, verglichen sich – gemäß

der Theorie sozialer Vergleichsprozesse – möglicherweise stärker mit den Models, empfanden sich als ähnlich attraktiv und waren folglich auch zufriedener mit sich selbst (Festinger, 1954, zitiert nach T. F. Cash et al., 1983; Cattarin et al., 2000).

Zum anderen könnte sich die Präsentation normalgewichtiger Models auf HR-Frauen aufgrund einer möglicherweise erhöhten Tendenz zur Durchführung sozialer Vergleiche negativ ausgewirkt haben:

Although social comparison does not seem to amplify the negative effects of thin images on women's anxiety, it can prevent them from experiencing anxiety relief after seeing average-size models if combined with strong thin-ideal internalization. Thus, use of average-size models may be a double-edged sword, as some women – albeit a small minority – still experience negative, anxiety-provoking effects after exposure. (Dittmar & Howard, 2004, S. 788 f.)

In einer Folgestudie sollte die Tendenz zur Durchführung sozialer Vergleiche als Moderatorvariable explizit erhoben werden, um den Einfluss dieses Konstrukts und seine Beziehungen zum Konstrukt der Internalisierung des Schlankheitsideals besser abschätzen zu können (Dittmar & Howard, 2004). Aktuell wird in diesem Zusammenhang auch die Moderatorfunktion des Selbstwertgefühls im sozialen Vergleichsprozess diskutiert (Schemer, 2007).

Der Einsatz des EDI-2 als Posttest-Fragebogen kann zudem kritisch gesehen werden (vgl. Kapitel 3.2.5.3).

Wiederum im Einklang mit den Befunden der Studie 1 und den Ergebnissen zahlreicher publizierter Studien (vgl. Kapitel 3.1.5.2) berichteten die HR-Frauen im Vergleich zu den NR-Frauen generell von einem stärker beeinträchtigten Selbstwertgefühl (Haupteffekt Risikostatus, VAS-Skala „Zufriedenheit mich sich selbst“ und EDI-2-Skala „Ineffektivität“).

3.2.5.3 Risikostatus für Essstörungen und Beeinflussbarkeit der Zufriedenheit mit dem äußeren Erscheinungsbild, mit dem Gewicht sowie mit dem Körper durch mediale Exposition

Die vorliegende Untersuchung zielte darauf ab zu überprüfen, ob HR-Frauen – im Gegensatz zu NR-Frauen – nach Absolvierung der Version A des Experiments *unzufriedener mit dem eigenen Körper* (operationalisiert mit der VAS-Skala „Zufriedenheit mit dem Körper“ und der EDI-2-Skala „Unzufriedenheit mit dem Körper“), mit dem *äußeren Erscheinungsbild* und mit dem *Gewicht* (operationalisiert mit den VAS-Skalen „Zufriedenheit mit dem äußeren Erscheinungsbild“ und „Zufriedenheit mit dem Gewicht“) sind. Die Exposition mit der Version B des Computereperiments sollte sowohl auf HR-Frauen als auch auf NR-Frauen keine negative Auswirkung haben.

Die Ergebnisse unterstützen die differentielle Änderungshypothese, allerdings anders als erwartet. Die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper (EDI-2-Skala „Unzufriedenheit mit dem Körper“) nimmt bei NR-Frauen bei beiden Versionen des Experiments zu, wohingegen die Körperunzufriedenheit der HR-Frauen abnimmt (vgl. Abbildung 3.3 und Abbildung 3.4).

Ebenso nahm unabhängig von der gesehenen Version des Experiments die Unzufriedenheit mit dem Körper (EDI-2-Skala „Unzufriedenheit mit dem Körper“) in der HR-Gruppe von Pretest zu Posttest ab, wohingegen sie in der NR-Gruppe anstieg (hoch signifikanter Interaktionseffekt erster Ordnung, Zeitpunkt*Risikostatus).

Wider Erwarten scheint sich die Exposition sowohl mit schlanken als auch mit normalgewichtigen Models auf die Körperzufriedenheit, operationalisiert mit der EDI-2-Skala, von NR-Frauen insgesamt negativer auszuwirken als auf HR-Frauen.

Diese Befunde sind schwierig zu interpretieren, da sie zum einen im Widerspruch zu empirischen Vorbefunden stehen, zum anderen auch schwer vereinbar mit den weiteren Ergebnissen der Studie 2 sind: Nach den Ergebnissen auf der VAS-Skala „Zufriedenheit mit dem Körper“ gaben die NR-Frauen nach Exposition mit beiden Versionen des Experiments an, tendenziell zufriedener mit ihrem Körper zu sein als die HR-Frauen, die tendenziell von gleich bleibender bzw. von sinkender Zufriedenheit mit dem Körper berichteten (Interaktionseffekt erster Ordnung, Risikostatus*Version Computereperiment).

Die Befunde der EDI-2-Skala und der VAS-Skala bezüglich der Unzufriedenheit mit dem Körper widersprechen sich also. Möglicherweise sind die Ergebnisse des EDI-2 verzerrt und vorsichtig zu interpretieren, da die EDI-2 Pretestwerte nicht unmittelbar vor Durchführung des Experiments erhoben wurden, sondern aus den EDI-2 Angaben der Studie 1 stammen (dort als trait-Maße, vgl. Kapitel 3.1.3.2 und 3.2.3.2).

Ein weiterer Grund für die differierenden Ergebnisse könnten Demand-Variablen sein (Huber, 1997, Kap. 7). Die Items der EDI-2-Skala (z. B. „Ich glaube mein Bauch ist zu dick“, „Ich denke, meine Hüften sind zu breit“) waren für die Probandinnen möglicherweise zu direkt formuliert, so dass die Frauen nicht mehr spontan und „aus dem Bauch heraus“ antworteten. Insgesamt ist davon auszugehen, dass mit VAS-Skalen validere Ergebnisse (als mit dem EDI-2) erzielt werden können, da „VAS are useful in counteracting the effects of demand characteristics for participants who are more reluctant to report extrem levels of mood and body disturbance“ (Agliata & Tantleff-Dunn, 2004, S. 13).

Darüber hinaus stieg die „Zufriedenheit mit dem Gewicht“ und „dem äußeren Erscheinungsbild“ (VAS-Skalen) in der NR-Gruppe von Pretest zu Posttest sowohl nach der Exposition mit der Version A als auch mit der Version B des Experiments an, in der HR-Gruppe fanden sich tendenziell gleich bleibende bis sinkende Werte (hochsignifikanter Interaktionseffekt erster Ordnung bzw. Trend $p = 0.10$, Zeitpunkt*Risikostatus).

Auch wenn die differentielle Veränderungshypothese in der formulierten Version so nicht bestätigt werden konnte, weisen diese Ergebnisse in die vermutete Richtung: Insgesamt scheinen HR-Frauen im Vergleich zu NR-Frauen durch die Präsentation von Models negativer beeinflusst zu werden als NR-Frauen.

Wiederum im Einklang mit den Befunden der Studie 1 und den Ergebnissen zahlreicher publizierter Studien (vgl. Kapitel 3.1.5.3 und 3.1.5.4) fand sich ein hoch signifikanter Haupteffekt „Risikostatus“ für die EDI-2-Skala „Unzufriedenheit mit dem Körper“ sowie für die VAS-Skalen „Zufriedenheit mit dem Körper“, „Zufriedenheit mit dem Gewicht“ und „Zufriedenheit mit dem äußeren Erscheinungsbild“, d. h., die HR-Frauen wiesen in diesen Variablen eine größere Unzufriedenheit auf als die NR-Frauen.

3.2.5.4 Risikostatus für Essstörungen und Internalisierung des Schlankheitsideals

Da der wahrgenommene soziokulturelle Druck, schlank zu sein, sowie die Internalisierung des Schlankheitsideals als empirisch bestätigte Risikofaktoren für Körperunzufriedenheit, Diätverhaltensweisen, negative Emotionalität sowie eine Essstörungssymptomatik gelten, und eine wichtige Rolle bei der Aufrechterhaltung bulimischer Symptome spielen (Cafri et al., 2005; Dobmeyer & Stein, 2003; Halliwell & Harvey, 2006; Jacobi & Neubert, 2005; McCarthy, 1990; Mussell et al., 2000; Stice, 2002a, 2002b; Sands & Wardle, 2003; Stice & Whitenton, 2002; The McKnight Investigators, 2003), wurde erwartet, dass sich junge Frauen mit einem hohen Risiko für Essstörungen im Vergleich zu jungen Frauen mit einem niedrigen Risiko stärker an dem durch die Medien transportierten *Schlankheitsideal* orientieren, d. h., dieses stärker internalisiert haben (operationalisiert mit dem *SATAQ*).

Hier konnte die formulierte Hypothese bestätigt werden: Die HR-Gruppe unterschied sich hoch signifikant von der NR-Gruppe hinsichtlich der erzielten durchschnittlichen Werte im *SATAQ*. Die HR-Frauen würden im Vergleich zu den NR-Frauen lieber so aussehen wollen wie die Frauen, die im Fernsehen und in Filmen auftreten, und wie Models in Zeitschriften und Musikvideos. Sie lasen öfter Modezeitschriften und verglichen ihr Aussehen und ihren Körper häufiger mit dem von Models und mit dem von

Leuten in Zeitschriften oder im Fernsehen. Darüber hinaus waren die HR-Frauen stärker der Meinung, dass Kleidung an dünnen Models besser aussieht. Ihr Wunsch, schlank zu sein, wurde durch das Betrachten von Fotos mit schlanken Frauen sowie durch den Konsum von Musikvideos stärker geweckt.

Diese Befunde stimmen überein mit den Ergebnissen der Studie 1, in welcher die untersuchten HR-Frauen ebenfalls eine stärkere Internalisierung des Schlankheitsideals aufwiesen (operationalisiert mit der EDI-2-Skala „Schlankheitsstreben“) als die NR-Frauen (vgl. Kapitel 3.1.5.5).

3.2.5.5 Risikostatus für Essstörungen und Medienkonsum

Von Interesse war, ob junge Frauen mit einem hohen Risiko für Essstörungen im Vergleich zu jungen Frauen mit einem niedrigen Risiko wie vermutet einen ausgeprägteren *Medienkonsum* aufweisen (operationalisiert mit einem *Index für die durchschnittliche mediale Exposition*). Darüber hinaus wurde vermutet, dass HR-Frauen in einem früheren Alter einen *eigenen Fernsehapparat* besessen haben als NR-Frauen.

Die Ergebnisse unterstützen die Hypothese teilweise: Einerseits wiesen die HR-Frauen hoch signifikant einen ausgeprägteren Medienkonsum auf. Sie verbrachten pro Woche deutlich mehr Stunden vor dem Fernseher und im Internet als die NR-Frauen und gaben an, in einem Monat mehr Zeitschriften zu lesen, die sie abonniert haben, die sie sich kaufen, die sie sich von Freunden leihen oder beim Arzt etc. durchblättern.

Andererseits besaßen die HR-Frauen nicht signifikant früher einen eigenen Fernseher als die NR-Frauen. Es scheint so zu sein, dass der Besitz eines eigenen Fernsehgerätes in einem Alter von ca. 12 oder 13 Jahren quasi normativ in der Gesellschaft verbreitet ist, jedoch keine Rückschlüsse über die Häufigkeit der Nutzung und über die absolute Fernsehdauer zulässt.

Der Umfang der medialen Exposition wurde in vielen Studien in Verbindung mit der Internalisierung des Schlankheitsideals, mit einem höheren BMI, mit Diätverhaltensweisen, mit Weight Concerns sowie Körperunzufriedenheit – d. h. mit empirisch belegten Risikobedingungen für Essstörungen – gebracht (Borzekowski & Bayer, 2005; Derrénne & Beresin, 2006; Field et al., 1999; Harrison, 2001; McCabe, Butler & Watt, 2007; Utter et al., 2003).

3.2.5.6 Methodische Stärken und Einschränkungen

Das Design dieser Studie hat eine Reihe von Vorteilen. Erstens können Priming-Effekte bedingt durch die Fragebogenbatterie der Studie 1 aufgrund des zeitlichen Abstandes von ca. einem Jahr zwischen Studie 1 und 2 ziemlich sicher ausgeschlossen werden (gilt insbesondere auch für den EDI-2). Ebenso sind durch die Verwendung der M-DAS und der VAS-Skalen Erinnerungseffekte von Pretest zu Posttest unwahrscheinlich. Zudem wurden auch in Studie 2 Fragebögen eingesetzt, deren psychometrische Güte als hinreichend belegt gelten kann.

Zweitens wurde mit dem Einsatz der WCS zur Einteilung einer Hochrisiko- und einer Niedrigrisikogruppe für Essstörungen ein relativ neues und innovatives Verfahren eingesetzt, welches sich als Screening-Verfahren für Essstörungen zunehmend auch im deutschen Sprachraum zu etablieren beginnt. Die Definition einer Hochrisiko- und einer Niedrigrisikogruppe für Essstörungen kann als weitere Stärke des Designs gelten, da insbesondere Frauen mit „significant body issues“ (Groesz et al., 2002, S. 8) als besonders vulnerabel für negative Medieneffekte in der Forschungsliteratur beschrieben sind.

Darüber hinaus konnte mit 152 Teilnehmerinnen eine ausreichend große Stichprobe gewonnen werden. Ein Naivitätscheck stellte sicher, dass nur Daten von blinden Vpn ($n = 148$) in die Berechnungen miteinfließen. Mit nur vier nicht naiven Vpn kann davon ausgegangen werden, dass die Cover-Story gut formuliert und der eigentliche Untersuchungsgegenstand der Studie gut verschleiert wurde.

Viertens kann die Verwendung von Fotos normalgewichtiger Models als Kontrollreize (Streckung der Experimentalreize in der Breite um 25 % mit Hilfe eines Computerprogramms) als besonderer Pluspunkt der Studie gewertet werden (Groesz et al., 2002, S. 9: „comparisons with normal weight, attractive, fashion models are the most powerful theoretically“), da so die in vielen Studien vorzufindende Konfundierung von Attraktivität und Schlankheit bei der Verwendung von nicht gemorphten Bildern normalgewichtiger Models vermieden werden konnte.

Eine Einschränkung der vorliegenden Arbeit besteht wie in Studie 1 darin, dass nur Frauen der Hauptrisikogruppe (18 bis 25 Jahre) untersucht wurden. Die Ergebnisse lassen somit keine Aussagen bezüglich sehr junger oder älterer Frauen zu. Ebenso können keine Aussagen bezüglich Risikofaktoren für Essstörungen bei Männern getroffen werden (Fragen der externen Validität). Darüber hinaus sind bei der Verwendung von Fragebögen die üblichen, mit Selbstbeurteilungsverfahren verbundenen Probleme nicht gänzlich auszuschließen (vgl. Kapitel 3.1.5.7).

Zuletzt gilt es kritisch anzumerken, dass mit dem vorliegenden Design (lediglich ein Posttest-Zeitpunkt) letzten Endes keine Aussagen über langfristige Medieneffekte getroffen werden können. Weitere Kritikpunkte werden direkt unter den entsprechenden Abschnitten (vgl. Kapitel 3.2.5.1 bis 3.2.5.5) genannt.

3.2.5.7 Ausblick und Empfehlungen

Für zukünftige experimentelle Studien im vorliegenden Untersuchungsfeld werden folgende Empfehlungen gegeben:

- Screening bezüglich manifester Essstörungenproblematik direkt im Vorfeld der Studie 2
- Verzicht auf das EDI-2, Einsatz von VAS-Skalen
- Mehrere Posttest-Zeitpunkte zur Überprüfung medialer Langzeiteffekte
- Einsatz eines Inventars zur Erhebung der Tendenz zur Durchführung sozialer Vergleiche
- Ggf. Einschätzung bzw. Auswahl der Experimentalreize durch Vpn der Zielpopulation (Studentinnen) anstatt durch Experten
- Durchführung einer Pilotstudie, um zu überprüfen, ob die gestreckten normalgewichtigen Models hinsichtlich ihrer Figur anders wahrgenommen werden als die schlanken Models, und ob die normalgewichtigen Models tatsächlich von den Vpn der Zielpopulation als genauso attraktiv beurteilt werden wie die dünnen Models
- Replikation der Untersuchung mit jüngeren oder älteren Frauen
- Replikation der Untersuchung mit Männern

3.3 **Studie 3 – Qualitatives Interview: Untersuchung der subjektiven Sicht junger Frauen hinsichtlich diverser essstörungsspezifischer Konstrukte**

3.3.1 **Einleitung und Untersuchungsvariablen**

Wie in den Studien 1 und 2 berichtet, werden Konstrukte und Variablen wie z. B. „Körperunzufriedenheit“, „Gewichtssorgen“, „Diätverhaltensweisen“, „Beeinflussung der Stimmung“ und ihr Zusammenhang mit soziokulturellen Einflussfaktoren (Medien, Peers, Familie, Partner) mit vielfältigen quantitativen Methoden untersucht. Nur eine Handvoll Studien näherte sich bislang dieser Thematik mit einer qualitativen Methodologie und untersuchte die *subjektive Sicht*, die verbalisierte Erfahrungsrealität betroffener Frauen und junger Mädchen, sowie die *zu Grunde liegenden Prozesse* der in quantitativen Studien gefundenen Zusammenhänge zwischen verschiedenen Risiko- und Schutzfaktoren für Essstörungen.

In einer Fokusgruppenstudie (Tiggemann, Gardiner & Slater, 2000) wurden beispielsweise 67 Mädchen (Altersdurchschnitt 16 Jahre) in fünf Gruppen untersucht. Folgende vier Fragestellungen wurden von den Mädchen in den Gruppen diskutiert: Warum wollen Frauen und Mädchen eurer Meinung nach schlanker sein? Wenn ihr sagt, ihr wollt schlanker sein, heißt das dann, ihr seid mit eurem Körper unzufrieden? Mögen Jungs Frauen so schlank, wie Frauen denken, dass Jungs sie haben wollen? Wenn wir hier über solche Themen reden, ist das dann in Ordnung, oder macht es alles nur noch schlimmer? Wertheim, Paxton, Schutz und Muir (1997) gingen mittels eines halbstrukturierten qualitativen Interviews der Frage nach, wie junge Mädchen über eigene Abnehmversuche und Diäten ihrer Freunde denken und welche soziokulturellen Einflüsse von den Mädchen als ursächlich hierfür genannt werden.

Laut Tiggemann und Kollegen (2000) müssen quantitative Methoden durch qualitative ergänzt werden, da „The above sorts of complexities are probably only accessible through qualitative methodology and hence enrich the picture obtained from quantitative studies“ (S. 656). Ähnlich äußert sich Altabe (1998), die in ihrer Studie Zusammenhänge zwischen Ethnizität und Körperselbstbild mit quantitativen und qualitativen Methoden untersucht hat: „The qualitative data in this study suggest some body image differences in ethnicities that would have been missed by a standard questionnaire. Qualitative measures should continue to be useful in pinpointing areas of body image research“ (S. 158). Wertheim et al. (1997) sehen den primären Sinn

qualitativer Studien in der Hypothesengenerierung: „..., the primarily qualitative nature of this study serves basically a hypothesis-generating function and subsequent quantitative hypothesis-testing studies are now needed“ (S. 353).

Unabhängig davon, welche Bedeutung man quantitativen und qualitativen Forschungsstrategien im Einzelnen zuschreiben mag – dies hängt nicht zuletzt von den Vorlieben und der Forschungstradition des jeweiligen Autors ab (Flick, 2007a, Kap. 3) –, befruchten sich quantitative und qualitative Forschungsbefunde gegenseitig. Bei dem parallelen Einsatz qualitativer und quantitativer Strategien sind dabei laut Kelle und Erzberger (2007) prinzipiell drei Ausgänge möglich: Qualitative und quantitative Forschungsergebnisse können konvergieren (d. h. tendenziell übereinstimmen), sich komplementär zueinander verhalten (d. h. sich gegenseitig ergänzen) oder divergent sein (d. h. sich gegenseitig widersprechen).

Die Kombination qualitativer und quantitativer Methoden führt auf alle Fälle zu einer umfassenderen Beleuchtung eines Untersuchungsgegenstandes (Flick, 2008). Bortz und Döring (2006) kommentieren hierzu, „dass das für den quantitativen und qualitativen Ansatz charakteristische Arbeiten mit unterschiedlichen Typen von Daten bzw. Informationen nicht in direktem Konkurrenzverhältnis steht, sondern unterschiedliche Vor- und Nachteile in sich birgt, die sowohl forschungspraktischer als auch inhaltlicher Natur sind“ (S. 297 f.).

Großer Beliebtheit und Verbreitung erfreut sich heute das Interview in seinen diversen qualitativen Formen (Lamnek, 2005, Kap. 8).³⁹

3.3.2 Fragestellungen und Hypothesen

Seitens einiger Autoren werden verstärkt Konzepte theorieorientierter qualitativer Forschung gefordert. Bestehende Grenzen eines häufig mit dem qualitativen Forschungsparadigma verbundenen relativ offenen und theorielosen Zugangs zum Forschungsfeld können durch explizit ausformulierte Vorannahmen für die Planung, Vorbereitung und für die Erhebung und Auswertung qualitativer Daten behoben werden. Hopf (1996) äußert hierzu:

... daß eine stärkere Theorie-Orientierung im Prozeß qualitativer Forschung eine wichtige Voraussetzung für eine zielgerichtete und ergiebigere Gestaltung der Erhebung und auch der Auswertung

³⁹ Der interessierte Leser findet Auswahlkriterien für qualitative Interviews bei Bortz und Döring (2006, Kap. 5) sowie einen Überblick qualitativer Interviewformen bei Helfferich (2005) und Lamnek (2005, Kap. 8).

qualitativer Daten ist. Auswertung von Interviewtexten ist eben mehr als mit dem Motto dieser Tagung – „Paraphrasieren, Kodieren, Interpretieren ...“ – nahegelegt wird. (S. 9)

Da in quantitativen Studien die Rolle von Peers, Partnern und der Familie als vermittelnde Faktoren zwischen Medienexposition und negativen Medieneffekten vermehrt in den Mittelpunkt der Forschung rücken (vgl. Kapitel 2.3.3.3), sollte mittels eines qualitativen, halb-strukturierten Leitfadeninterviews (vgl. Anhang F) theorieorientiert folgenden Fragestellungen nachgegangen werden:

- Fragestellung 1:** Welche Rolle spielen die *Unzufriedenheit mit dem Körper* und ein *schlankes Aussehen* für die befragten Frauen? Was verbinden die Frauen mit dem Thema „schlank sein“? Gibt es Unterschiede zwischen Hochrisiko- und Niedrigrisikofrauen hinsichtlich dieser Fragestellung?
- Fragestellung 2:** Welche Rolle spielen *Diäten* im Leben der befragten Frauen? Was verbinden die Frauen mit dem Thema „Diäten“? Gibt es Unterschiede zwischen Hochrisiko- und Niedrigrisikofrauen hinsichtlich dieser Fragestellung?
- Fragestellung 3:** Welche Rolle spielen die in Medien präsentierten *Models* im Alltag der befragten Frauen? Was verbinden die Frauen mit dem Thema „Models“? Gibt es Unterschiede zwischen Hochrisiko- und Niedrigrisikofrauen hinsichtlich dieser Fragestellung?
- Fragestellung 4:** Welche *subjektiven Gründe* werden von den befragten Frauen für den *Konsum von Modemagazinen und Modereportagen/Reportagen über Stars im Fernsehen* genannt?
- Fragestellung 5:** Welche Rolle spielten *soziale Vergleiche mit Peers* und *Hänseleien von Peers* für die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper, für den Medienkonsum und für Gewichtsreduktionsmaßnahmen? Gibt es Unterschiede zwischen Hochrisiko- und Niedrigrisikofrauen hinsichtlich dieser Fragestellung?
- Fragestellung 6:** Welche Rolle spielen *Partner* für die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und für Gewichtsreduktionsmaßnahmen? Gibt es Unter-

schiede zwischen Hochrisiko- und Niedrigrisikofrauen hinsichtlich dieser Fragestellung? Welchen „*Frauentyp*“ bevorzugen aus der Sicht der befragten Frauen Männer?

Fragestellung 7: Welche Rolle spielen *Äußerungen und Kritik der Eltern* für das eigene Körperselbstbild und für Diätversuche? Gibt es Unterschiede zwischen Hochrisiko- und Niedrigrisikofrauen hinsichtlich dieser Fragestellung?

Fragestellung 8: Unterscheiden sich die befragten Hochrisiko- und Niedrigrisikofrauen darin, wie oft sie selbst oder Bezugspersonen *Diäten* durchführen, und wie oft sie *negative Kommentare von Peers, Partnern und Eltern* erleben? Es wird vermutet, dass Hochrisikofrauen häufiger von solchen Erfahrungen berichten als Niedrigrisikofrauen.

3.3.3 Methodik

3.3.3.1 Untersuchungsdesign

Mit einem *qualitativen Interview* wurden jeweils 10 Studentinnen der Universität Regensburg mit einem hohen Risiko bzw. einem niedrigen Risiko für Essstörungen während der Vorlesungszeit des Wintersemesters 2008/2009 befragt.

Die *Rekrutierung der Vpn* erfolgte aus dem Pool der 148 Hochrisiko (HR)- und Niedrigrisikofrauen (NR) für Essstörungen aus Studie 2. Um potenzielle Unterschiede zwischen Hochrisiko- und Niedrigrisikofrauen gut herausarbeiten zu können, wurde bei der Auswahl der Interview-Teilnehmerinnen zum einen darauf geachtet, dass die 10 Probandinnen der Hochrisikogruppe einen möglichst hohen WCS-Score und die 10 Probandinnen der Niedrigrisikogruppe einen möglichst niedrigen WCS-Score aufwiesen. Zudem waren alle befragten Studentinnen nach Angaben im „Naivitätscheck“ der Studie 2 vor dem Interview blind hinsichtlich des eigentlichen Untersuchungsgegenstandes.

Als *Dankeschön* für die Teilnahme an Studie 3 (und Studie 2) erhielten alle Studentinnen einen McDonald's Gutschein oder Süßigkeiten im Wert von ca. 5,00 Euro.⁴⁰

⁴⁰ Mein herzlicher Dank gilt wiederum Herrn Frank Mosher von McDonald's Regensburg für die freundliche Unterstützung.

Nicht-Psychologiestudentinnen wurden zusätzlich mit 8,00 Euro/Std., Psychologiestudentinnen je nach Zeitaufwand mit ein bis zwei Versuchspersonen- oder Forschungsstunden entlohnt.

Ablauf der Untersuchung: Die Untersuchung fand im gleichen Raum der Universität und am gleichen Termin wie das Computereperiment der Studie 2 statt. Der Ablauf bis zum Interview entspricht dem Ablauf der Studie 2 (vgl. Kapitel 3.2.3.1). Lediglich die schriftliche Probandeninformation enthielt zusätzliche Informationen über das Interview (vgl. Anhang H).

Zwischen dem Ende des Computereperiments (bzw. dem Ausfüllen der Posttest-Fragebögen) und dem Beginn des Interviews wurde bei Bedarf der Vp eine kurze *Erholungspause* eingeschoben. Zu Beginn des Interviews wurde die Vp kurz erneut darüber informiert, dass das Interview elektronisch aufgezeichnet und unter ihrer persönlichen Chiffre gespeichert wird. Das *digitale Aufnahmegerät* wurde zwischen Probandin und Versuchsleiterin, die sich gegenüber saßen, auf dem Tisch platziert. Alle Vpn erklärten sich mit diesem Vorgehen einverstanden, auf ein handschriftliches Mitschreiben der Antworten konnte verzichtet werden.

Am Ende des Interviews wurde für jede Vp von der Versuchsleiterin ein *Postskriptum* (Interviewprotokoll) ausgefüllt, das Eindrücke über die Kommunikation, über die Vp, das eigene Verhalten als Interviewer und äußere Einflüsse enthielt (vgl. Anhang F) (Flick, 2007a, S. 210 ff.).

3.3.3.2 Beschreibung und Begründung der verwendeten Erhebungsinstrumente

Es wurde ein *Episodisches Interview* (Flick, 1996) durchgeführt. Auf der Basis von Erfahrungen des Befragten erfasst das Episodische Interview das narrativ-episodische Wissen und daraus abgeleitet das semantische Wissen (Regelmäßigkeiten und Regeln) (Lamnek, 2005, Kap. 8).

Diese Interviewform erschien für den vorliegenden Untersuchungsgegenstand vielversprechend, da zum einen Erinnerungen der Studentinnen an konkrete Begebenheiten (z. B. Körperunzufriedenheit in bestimmten Situationen, Hänseleien durch Peers, Kommentare der Eltern, Erfahrungen mit Diäten), zum anderen das aus Erfahrungen abgeleitete Wissen (z. B. über die Wirksamkeit von Diäten, über das Leben als Model, über die Rolle eines schlanken Aussehens, über Präferenzen bei der Partnerwahl) erhoben werden konnten.

Zielgerichtete Fragen werden in einem Gespräch, welches durch die Kombination aus Narration und Befragung weitgehend der natürlichen Alltagskommunikation entspricht, anhand eines *Leitfadens* gestellt. Der befragten Person wird es dabei überlassen, welche Art von Situationen sie auswählt, um eine bestimmte Erfahrung oder einen bestimmten Typ von Erfahrungen zu verdeutlichen (Flick, 1996).

Der für die Studie 3 konzipierte Leitfaden umfasste die Themenkomplexe *Körperunzufriedenheit*, *Diätverhalten*, *mediale Präsentation des Schlankheitsideals*, *Peers*, *Partnerschaft/Männer* und *Eltern* (vgl. Anhang F), zu denen Erzählungen, subjektive Definitionen und abstraktere Erklärungen erbeten wurden. Die Konstruktion des Leitfadens orientierte sich an den Empfehlungen von Helfferich (2005, Kap. 5.3).

3.3.3.3 Stichprobenbeschreibung

Die Testergebnisse⁴¹ bestätigen, dass in der HR-Gruppe der mittlere *WCS-Score* ($M = 66.83$; $SD = 14.73$; Mittler Rang = 15.50), und damit das Risiko für eine Essstörung, hoch signifikant ($Mann-Whitney-U = 0.00$; $p/2 \leq 0.01$ bei einseitiger Testung) größer war als in der NR-Gruppe ($M = 9.69$; $SD = 5.47$; Mittlerer Rang = 5.50).

Der durchschnittliche *BMI* belief sich in der HR-Gruppe auf 24.44 ($SD = 3.71$; Mittlerer Rang = 14.20), in der NR-Gruppe auf 19.68 ($SD = 1.29$; Mittlerer Rang = 6.80). Die statistischen Berechnungen ergaben im Einklang mit empirischen Vorbefunden (vgl. Kapitel 2.3.3.2), dass die HR-Gruppe hoch signifikant schwerer war als die NR-Gruppe ($Mann-Whitney-U = 13.00$; $p/2 \leq 0.01$ bei einseitiger Testung).

Der Tabelle 3.57 kann die Verteilung der Teilnehmerinnen nach Studienfächern, der Tabelle 3.58 Angaben zu den erhobenen soziodemografischen Variablen entnommen werden.

⁴¹ Aufgrund des geringen Gesamtstichprobenumfanges wurde der nichtparametrische Mann-Whitney U-Test berechnet (vgl. Diehl & Staufenbiel, 2007, Kap. 44).

Tabelle 3.57: Verteilung der Studentinnen nach Studienfächern

Studienfach	Anzahl der Studentinnen absolut (n = 20)	Anteil der Studentinnen in Prozent
Betriebswirtschaft/Volkswirtschaft	2	10.0
Lehramt Gymnasium/Realschule/Hauptschule	3	15.0
Psychologie (Grundstudium)	3	15.0
Rechtswissenschaften	5	25.0
Humanmedizin	1	5.0
Biochemie/Chemie/Pharmazie	1	5.0
Pädagogik	3	15.0
Erziehungswissenschaft	2	10.0

Tabelle 3.58: Soziodemografische Variablen (Angaben absolut und prozentual)

Alter (n = 20), M = 20.10, SD = 1.25	
19	9 (45.0)
20	4 (20.0)
21	4 (20.0)
22	2 (10.0)
23	1 (5.0)
Semesteranzahl im Hauptfach (n = 20), M = 1.35, SD = 0.88	
1	17 (85.0)
3	2 (10.0)
4	1 (5.0)
Höchster Schulabschluss (n = 20)	
Allgemeine Hochschulreife/Abitur	20 (100.0)
Beruf erlernt (n = 20)	
Ja	2 (10.0)
Nein	18 (90.0)
Deutschkenntnisse (n = 20)	
Muttersprache Deutsch	19 (95.0)
Keine Muttersprache, aber seit der Kindheit Deutschkenntnisse	1 (5.0)
Familienstand (n = 20)	
Ledig, ohne feste Partnerschaft	7 (35.0)
Ledig, mit fester Partnerschaft	13 (65.0)
Familienhintergrund (n = 20)	
Eltern leben zusammen	13 (65.0)
Eltern leben getrennt	2 (10.0)
Eltern leben geschieden	2 (10.0)
Ein Elternteil verstorben	3 (15.0)
Höchster Schulabschluss des Vaters (n = 20)	

Kein Schulabschluss	1 (5.0)
Hauptschulabschluss mit oder ohne Quali	5 (25.0)
Realschulabschluss/Mittlere Reife	3 (15.0)
Fachgebundene oder allgemeine Hochschulreife	11 (55.0)
Erlernter Beruf des Vaters (n = 20)	
Ausbildung/Lehre	11 (55.0)
Studium (Universität oder Fachhochschule)	9 (45.0)
Höchster Schulabschluss der Mutter (n = 20)	
Kein Schulabschluss	1 (5.0)
Hauptschulabschluss mit oder ohne Quali	2 (10.0)
Realschulabschluss/Mittlere Reife	8 (40.0)
Fachgebundene oder allgemeine Hochschulreife	9 (45.0)
Erlernter Beruf der Mutter (n = 20)	
Keinen Beruf erlernt	1 (5.0)
Ausbildung/Lehre	13 (65.0)
Studium (Universität oder Fachhochschule)	6 (30.0)

3.3.3.4 Auswertungsstrategien

Die Äußerungen der Frauen im Interview wurden mit einem *digitalen Aufnahmegerät* der Firma Olympus (Modell WS-311M) aufgezeichnet, transkribiert und im Anschluss daran inhaltsanalytisch ausgewertet. Die Transkription erfolgte mit der kostenfreien *Transkriptionssoftware f4* der Firma dr. dresing & pehl GmbH, die Inhaltsanalyse wurde computergestützt mit Hilfe der *QDA-Software MAXQDA 2010* der Firma Verbi GmbH durchgeführt. Alle statistischen Berechnungen erfolgten mit Hilfe des Programmpakets *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* für Windows in der *Version 15.0.1*. Als Signifikanzniveau wurde generell $p = .05$ gewählt.

Transkriptionsregeln: Alle Interviews wurden nach einem Transkriptionsregelsystem für die computergestützte Auswertung transkribiert. Die in dieser Studie zu Grunde gelegten Transkriptionsregeln können Tabelle 3.59 entnommen werden. Es ergaben sich 151 DIN-A4 Seiten transkribiertes Interviewmaterial.

Tabelle 3.59: Transkriptionsregeln (nach Kuckartz, 2007, S. 43)

1. Wörtliche Transkription, nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Dialekte werden nicht mit transkribiert.
2. Sprache und Interpunktion werden leicht geglättet, d. h. an das Schriftdeutsch angenähert.
3. Alle Angaben, die einen Rückschluss auf eine befragte Person erlauben, werden anonymisiert.
4. Längere Pausen werden durch Auslassungspunkte (...) markiert.

5. Besonders betonte Begriffe werden durch Unterstreichungen gekennzeichnet.
6. Zustimmungende bzw. bestätigende Lautäußerungen des Interviewers (mhm, aha etc.) werden nicht mit transkribiert, sofern sie den Redefluss der befragten Person nicht unterbrechen.
7. Einwürfe der jeweils anderen Person werden in Klammern gesetzt.
8. Lautäußerungen der befragten Person, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (z. B. Lachen oder Seufzen), werden in Klammern notiert.
9. Absätze der interviewenden Person werden durch ein „I“ gekennzeichnet, die der befragten Person durch ein eindeutiges Kürzel.
10. Jeder Sprecherwechsel wird durch zweimaliges Drücken der Enter-Taste, also einer Leerzeile zwischen den Sprechern deutlich gemacht, um die Lesbarkeit zu erhöhen.

Inhaltsanalyse: Zur Beantwortung der Fragestellung 8 wurde ein *quantitatives* Vorgehen gewählt und eine Häufigkeitsanalyse der geäußerten Antworten durchgeführt. Die Zuordnung von Textteilen erfolgte zu den deduktiv konzipierten Kategorien „*Diäten selbst durchgeführt oder von Bezugspersonen (Häufigkeiten)*“, „*Negative Kommentare von Peers (Häufigkeiten)*“, „*Negative Kommentare von Partnern (Häufigkeiten)*“, „*Negative Kommentare von Eltern (Häufigkeiten)*“.

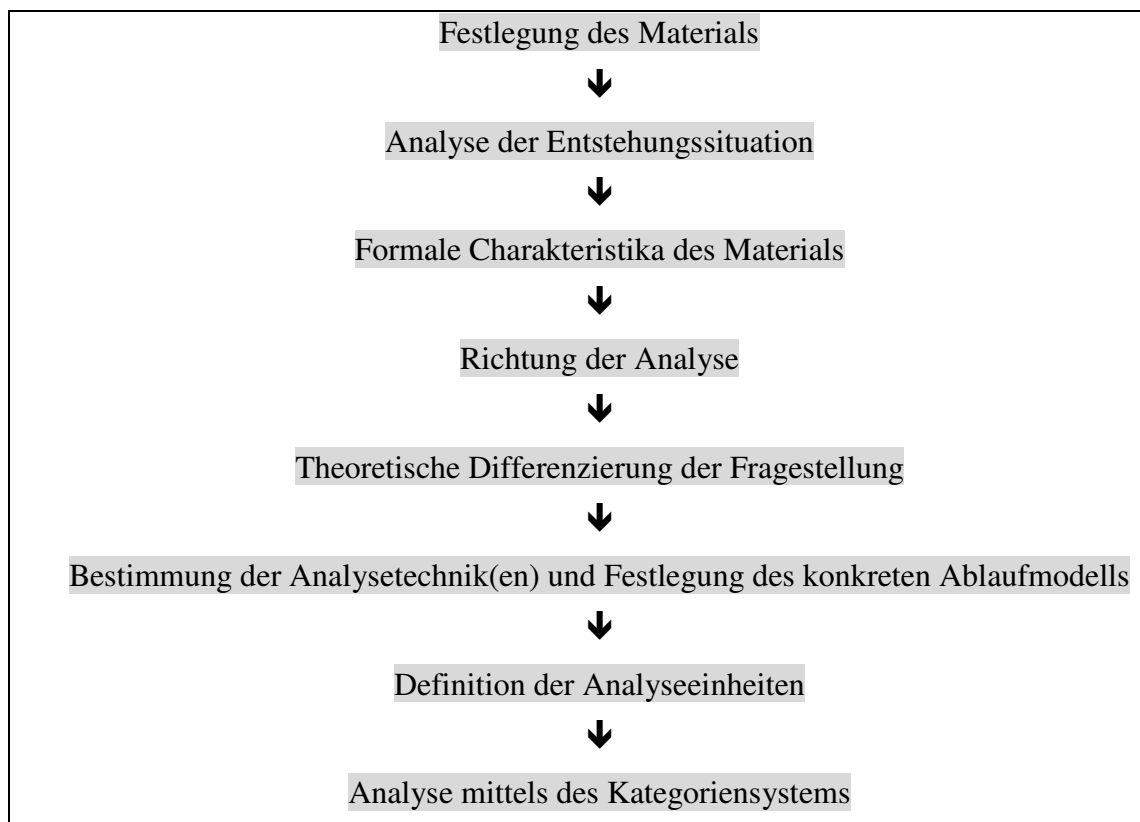
Zur Beantwortung der Fragestellungen 1 bis 7 wurden die Interviewtranskripte mittels *qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring* ausgewertet, welche eine Anleitung zum regelgeleiteten, intersubjektiv nachvollziehbaren Durcharbeiten von Textmaterial darstellt. Die Inhaltsanalyse in ihrer heutigen Form wurde im Wesentlichen in den 20er-Jahren des 20. Jahrhunderts in den USA entwickelt. Verschiedene quantitative und qualitative inhaltsanalytische Techniken werden in diversen geistes- und sozialwissenschaftlichen Disziplinen (Publizistik, Psychologie, Politikwissenschaft, Pädagogik, Geschichtswissenschaft, Soziologie) verwendet. Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring eignet sich aufgrund ihrer Systematik in besonderer Weise für eine computerunterstützte Aufbereitung und Verwaltung qualitativer Daten (Diekmann, 2007, Kap. 12; Lamnek, 2005, Kap. 10; Mayring, 2007).

Laut Lamnek (2005, Kap. 10) „ist in Ablauf und Systematik [der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring] der Versuch erkennbar, der Methodologie quantitativer Forschung nachzueifern. Gleichwohl ist Mayrings Methode begründet als qualitative zu bezeichnen, weil sie in den Grundlagen dominant an diesem Paradigma orientiert ist“ (S. 529).

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring eignet sich v. a. für die reduktive und an der Klassifikation von Inhalten orientierte Auswertung größerer Textmengen (Flick, 2007a, Kap. 23) und wurde aus diesem Grund in der vorliegenden Studie für die Analyse der Interview-Transkripte gewählt. Die Regelgeleitetheit der Methode ermöglicht dabei eine Nachvollziehbarkeit für Andere und die Theoriegeleitetheit des Vorgehens soll sicherstellen, dass bei den angestrebten Aussagen an das bisherige Wissen über den jeweiligen Untersuchungsgegenstand angeknüpft wird (Mayring, 1985).

Im Kern der Auswertung mittels der einzelnen Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse steht immer die Bildung eines Kategoriensystems. Anhand von Kategoriendefinitionen, Ankerbeispielen und Codierregeln soll die Zuordnung von Textmaterial zu einzelnen Kategorien möglichst eindeutig und für Andere nachvollziehbar gemacht werden. Die Kategorien sollen sowohl trennscharf (zwei oder mehr Kategorien dürfen sich nicht überlappen) als auch erschöpfend (sämtliche Analyseeinheiten müssen eindeutig einer Kategorie zugeordnet werden können) sein (Diekmann, 2007, Kap. 12).

In Abbildung 3.5 ist ein *allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell* dargestellt. Die Auswertung der Interview-Transkripte erfolgte mit einer Kombination der Techniken der *zusammenfassenden* und der *strukturierenden Inhaltsanalyse* (inhaltliche Strukturierung) (vgl. Abbildung 3.6 und Abbildung 3.7).



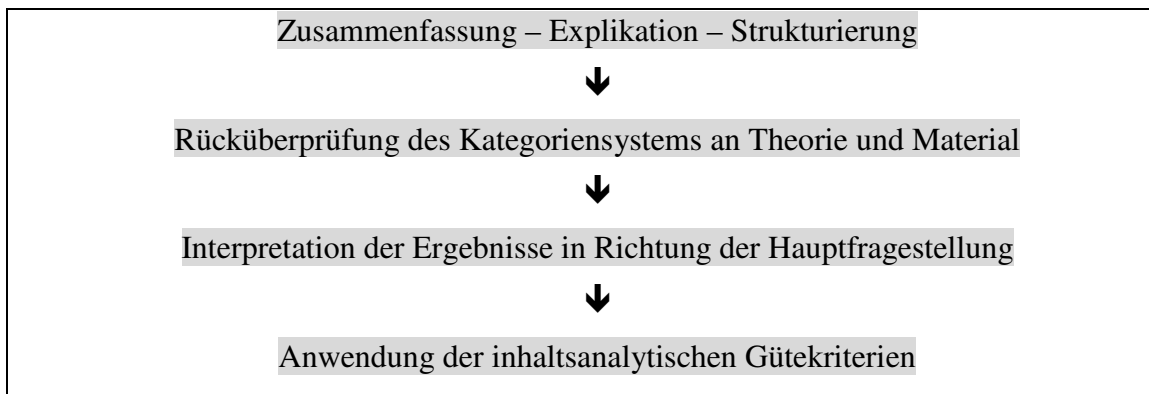


Abbildung 3.5: Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell (nach Mayring, 2003, S. 54)

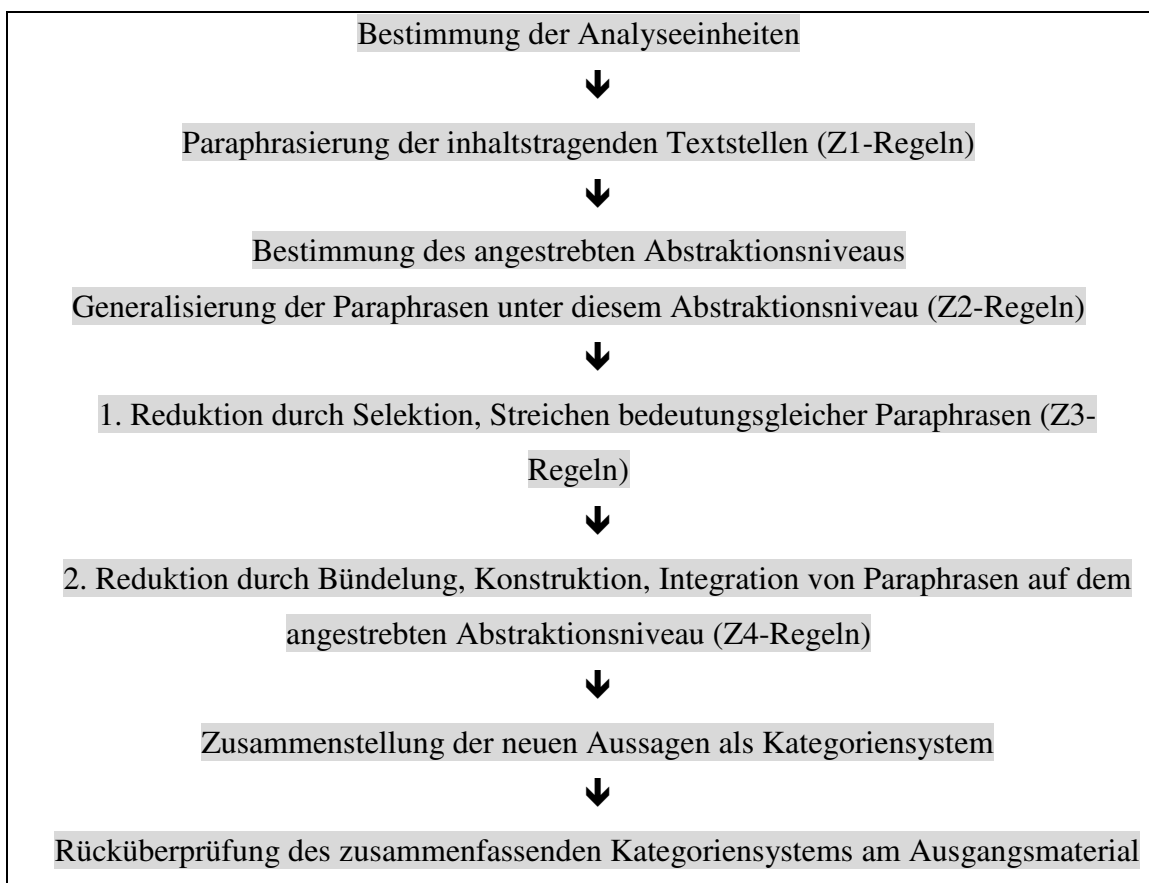


Abbildung 3.6: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse (nach Mayring, 2007, S. 69)

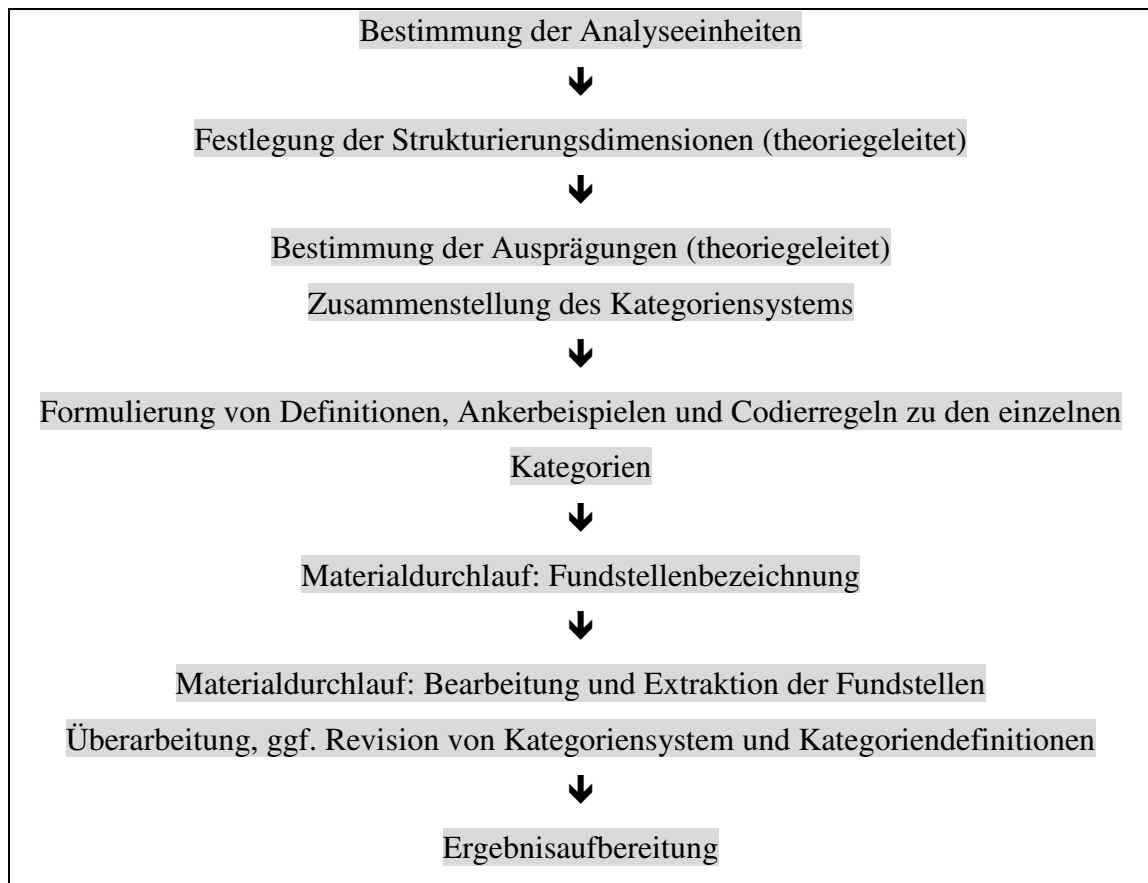


Abbildung 3.7: Allgemeines Ablaufmodell strukturierender Inhaltsanalyse (nach Mayring, 2007, S. 84)

3.3.4 Ergebnisse

Zur Analyse der Fragestellungen eins bis acht wurde ein Kategoriensystem entwickelt (vgl. Anhang I). Die Oberkategorien wurden theoriegeleitet (Mayring, 2003, S. 74: „deduktive Kategoriendefinition“) anhand der in den Fragestellungen formulierten Konstrukte konzipiert (sieben Variablengruppen A bis G). Jede der Kategorien wurde möglichst exakt operationalisiert und es wurde darauf geachtet, dass die einzelnen Kategorien sich gegenseitig ausschließen.

Hierzu wurde ein Codebuch entwickelt (vgl. Anhang J), das die einzelnen Kategorien ausführlich beschreibt. Die Kategorien wurden mit verständlichen Beispielen verdeutlicht, um den Codierprozess möglichst zu objektivieren und subjektiv willkürliche Bedeutungszuschreibungen durch den Codierer zu minimieren.

Die Entwicklung der Unterkategorien erfolgte direkt aus dem Interviewmaterial in einem Verallgemeinerungsprozess (Mayring, 2003, S. 74: „induktive Kategoriendefinition“). Als Codiereinheit wurde jede vollständige Interviewaussage einer Probandin

über subjektive Erlebnisse sowie über ihr Wissen und ihre Einstellung zu den untersuchten Themenbereichen festgelegt.

Das für die Untersuchung entwickelte Kategoriensystem (vgl. Anhang I) gliedert sich in die sieben Oberkategorien *Körperunzufriedenheit* (A), *Diätverhalten* (B), *Mediale Präsentation des Schlankheitsideals* (C), *Peers* (D), *Partnerschaft/Männer* (E), *Eltern* (F) und *Häufigkeitsanalyse* (G). Diese Oberkategorien sind in weitere Kategorien eingeteilt, um ein genügend präzises Kategorienschema zu erhalten.

Unter „Körperunzufriedenheit“ werden Situationen erfasst, in denen die untersuchten Frauen angaben, zufrieden bzw. unzufrieden mit ihrem Körper/äußeren Erscheinungsbild zu sein. Darüber hinaus werden subjektive Gründe der Frauen für ihre Körperzufriedenheit/Körperunzufriedenheit sowie ihr Wissen und ihre Einstellungen zum Thema „schlank sein“ unter diese Kategorie subsumiert.

Unter „Diätverhalten“ fallen Erfahrungen der HR- und NR-Frauen mit Diäten und ihr Wissen sowie ihre Einstellungen zu Diätmaßnahmen.

Erfahrungen mit Modelbildern, subjektive Gründe für den Konsum von Modemagazinen/Modereportagen, Folgen der Betrachtung von Modelbildern auf die Psyche und das Verhalten sowie das Wissen und Einstellungen zum Thema „Models“ fallen in die Kategorie „Mediale Präsentation des Schlankheitsideals“.

Den Kategorien „Peers“, „Partnerschaft/Männer“ und „Eltern“ werden Erfahrungen der untersuchten Frauen mit negativen Kommentaren und Hänseleien durch nahe stehende Personen zugeordnet. Die Kategorie „Häufigkeiten“ erfasst die Häufigkeit von Diäterfahrungen seitens der HR- und NR-Frauen und deren Bezugspersonen sowie die Häufigkeit von negativen Kommentaren und Hänseleien seitens Peers, Partnern und Eltern.

Die Darstellung der Ergebnisse, d. h. der induktiv gewonnenen Subkategorien, erfolgt in der Reihenfolge der Fragestellungen.

3.3.4.1 Subjektive Erfahrungen und Wissen/Einstellungen bezüglich Körperunzufriedenheit von HR- und NR-Frauen

„Ja, ich bin eigentlich mit meinem Körper schon ziemlich zufrieden. Der Bauch könnte etwas flacher sein, aber das ist selten, dass ich mir das denke. Im Großen und Ganzen bin ich sehr zufrieden. So mit dem Essen achte ich eigentlich wenig darauf.“ (Probandin 26HH24, NR).

„Bei mir speziell war es so, dass ich mittlerweile aufgehört habe, mich zu wiegen. Denn ich bin da in so eine Abhängigkeit geraten, dass eine Zahl über meinen ganzen Tag entschieden hat.“ (Probandin 28BE14, HR).

Neun der 10 NR-Frauen gaben bei der Befragung an, aktuell im Großen und Ganzen zufrieden mit ihrem Körper und ihrem äußeren Erscheinungsbild zu sein. Im Gegensatz dazu äußerten sich nur zwei der untersuchten HR-Frauen in diesem Sinne, d. h. acht der 10 HR-Frauen waren aktuell unzufrieden mit ihrem Körper und ihrem Äußeren und erlebten mitunter starke Gefühle von Trauer, Ärger und Scham bezüglich des eigenen Körperselbsts.

Tabelle 3.60 gibt Situationen wieder, in denen bei den untersuchten Frauen Unzufriedenheit mit dem Körper ausgelöst wird.

Tabelle 3.60: Situationen, in denen die Frauen Körperunzufriedenheit erleben

Beim Sport wegen fehlender/mangelnder körperlicher Fitness
Beim Kleidungskauf
Beim morgendlichen Wiegen
Beim Kontakt mit Leuten, die eigenes Schlankheitsideal erfüllen
Beim Betrachten von Frauen in Zeitschriften und im Fernsehen, die eigenes Schlankheitsideal erfüllen
Beim Kennenlernen neuer Leute
Bei der Partnersuche
Beim Zeigen des nackten Körpers (z. B. Schwimmbad)
Bei Vorstellungsgesprächen

Gefragt nach subjektiven Gründen für die eigene Zufriedenheit mit dem Körper bzw. der eigenen Unzufriedenheit, wurden von den Probandinnen diverse Gründe genannt, die Tabelle 3.61 und Tabelle 3.62 entnommen werden können.

Tabelle 3.61: Subjektive Gründe für eigene Körperzufriedenheit

Keine großen Gewichtsschwankungen im Verlauf der Entwicklung
Hohe Selbstwirksamkeit bezüglich Gewichtskontrolle
Hohes Selbstbewusstsein
Schlankheit/niedriges Körpergewicht
Zur Zeit in stabiler Partnerschaft
Andere persönliche Stärken bedeutsamer (z. B. Intelligenz, Kommunikationsfähigkeit)
Allgemeine Lebenszufriedenheit
Thema Gewicht/Figur/Aussehen in der Herkunftsfamilie unwichtig

Positive Rückmeldung bezüglich Aussehen von Freunden

Tabelle 3.62: Subjektive Gründe für eigene Körperunzufriedenheit

Aktuell Übergewicht
Prägende Erfahrungen mit Übergewicht in der Kindheit/Jugend
Figur als fehlerhaft erlebt (z. B. schlaffe Haut)
Mangelnde Disziplin bezüglich Sport und/oder Essen
Bedeutsamkeit von Schlanksein in der Herkunftsfamilie
Druck abzunehmen (selbst gemacht oder durch Medien)

Weiterhin war von Interesse, was die befragten Frauen mit dem Thema „schlank sein“ verbinden. Es fanden sich überwiegend positive und neutrale sowie wenig negative Assoziationen (vgl. Tabelle 3.63).

Tabelle 3.63: Wissen/Einstellungen bezüglich des Themas „schlank sein“

Positive Assoziationen	Negative Assoziationen	Neutrale Assoziationen
Sportlichkeit/Ausdauer	Essstörungen	Models
Beliebt sein/mehr Aufmerksamkeit/Bewunderung	Schlankheitswahn	Viel Sport
Positives Denken	Unzufriedenheit	Gesunde Ernährung/Diäten
Gutes Erscheinungsbild (wichtig für Karriere)	Oberflächlichkeit	Schönheitsideal
Vollkommenheit	Verzicht	Fernsehserien/ Frauenzeitschriften
Attraktivität/Schönheit	-	Werbung
Gute Wirkung auf Männer	-	-
Glücklich sein/ Unbeschwertheit	-	-
Selbstliebe/Selbstachtung	-	-
Selbstkontrolle/Disziplin	-	-
Mehr Auswahl beim Kleidungskauf	-	-
Hohe Lebensqualität	-	-

3.3.4.2 Subjektive Erfahrungen und Wissen/Einstellungen bezüglich Diäten von HR- und NR-Frauen

Untersucht werden sollte die Rolle von Diäten im Leben der befragten Frauen. Welche Erfahrungen haben sie mit Diäten gemacht und was verbinden die Frauen mit dem Thema „Diäten“? Gibt es Unterschiede zwischen HR- und NR-Frauen?

Als „Diät“ soll in der vorliegenden Studie eine besondere Ernährung verstanden werden, die von der normalen Ernährung abweicht. Ziel einer solchen Diät ist die Gewichtsreduktion. Nicht unter dem Begriff „Diät“ werden umfassende und längerfristige Ernährungsumstellungen verstanden.

Wenn ich eine Diät ausprobiert habe, geht es natürlich immer ganz schnell, die ersten Kilos sind ganz schnell runter. Und dann ist man natürlich auch super gelaunt und freut sich, weil man denkt, hey, jetzt geht es voran. Nach ein paar Wochen geht dann erst einmal gar nichts und dann müsste man ja eigentlich weiter machen und dann geht es wieder runter mit dem Gewicht. Aber das war dann immer die Phase, da war ich dann immer sehr unmotiviert und auch deprimiert, dass eben nichts mehr von den Kilos runter geht. Und habe dann wahrscheinlich auch aus Frust wieder in Anführungsstrichen normal zum Essen angefangen. Habe die verbotenen Sachen wie Süßigkeiten dann doch wieder zu mir genommen und mich dann irgendwann mal wieder zu wiegen getraut. Und dann ja einen Schock bekommen, wenn es wieder mehr war wie das Ausgangsgewicht vor der Diät. Und dann war ich natürlich sehr sehr schlecht drauf. Und ja, die ganze Zeit zum Teil auch mit Heulereien und Weinen beschäftigt, wenn ich mich im Spiegel angesehen habe. Es war sehr schwer, doch. (Probandin 28BE14, HR)

„Ja, das war total nervig. Ich habe mal so eine Kartoffeldiät gemacht. Da sollte ich irgendwie nur Kartoffeln essen und das habe ich irgendwie ein paar Tage gemacht und kam mir dann total doof vor. Also, das hat mir gar nichts gebracht.“ (Probandin 26MP234, HR).

Nahezu durchgehend waren mit Diäten negative Erfahrungen (vgl. Tabelle 3.64) verbunden. Lediglich vereinzelt wurden Diäten als positive Möglichkeit zur Gewichtsstabilisierung betrachtet. In all diesen Fällen diente jedoch eine kurzfristige Diät als Einstieg zu einer allgemeinen Ernährungsumstellung, verbunden mit erhöhter sportlicher Aktivität. Tabelle 3.65 zeigt subjektive Auslöser für Diätverhaltensweisen seitens der Probandinnen.

Tabelle 3.64: Erfahrungen mit Diäten

Jo-Jo-Effekt
Heißhunger dadurch ausgelöst
Angst vor dem Wiegen dadurch ausgelöst
Körperliche und psychische Probleme dadurch ausgelöst (z. B. Kreislaufprobleme, Konzentrationsschwierigkeiten, Stimmungsschwankungen)

Tabelle 3.65: Auslöser für Diätverhaltensweisen

Probleme beim Kleidungskauf
Bevorstehendes Fest mit festlicher Kleidung (z. B. Hochzeit)
Sommerzeit (Präsentation des Körpers im Schwimmbad etc.)
Werbung für Diäten und Diätprodukte in Frauenzeitschriften oder Fernsehen
Neujahrsvorsatz
Betrachten von Fotos aus „schlankeren Zeiten“

Beim Kennenlernen eines potenziellen neuen Partners

Frauen, die noch nie eine Diät durchgeführt hatten, hielten dies entweder aufgrund eines anlagebedingten niedrigen Körpergewichts für nicht erforderlich, praktizierten eine Ernährungsumstellung und/oder lehnten Diäten aufgrund ihres Wissen sowie ihrer Einstellung bezüglich Diäten ab.

So äußerte sich beispielsweise Probandin 25KT01/HR, die laut eigener Auskunft noch nie eine Diät gemacht hat, auf Nachfrage nach den Gründen wie folgt: *„Weil ich finde, dass abwechslungsreiche Ernährung wichtig ist, und man kann nicht einfach komplett auf Kohlenhydrate verzichten. Das braucht der Körper einfach.“*

Ähnlich Probandin 26HH24/NR: *„Also, so etwas wie Kohlsuppendiäten oder Pulversachen finde ich persönlich einen Schmarrn. Das ist nicht gesund für den Körper, weil man einfach unausgeglichen isst.“*

Oder Probandin 16HH45/HR: *„Ich denke mir auch, dass dies zu viel Aufwand ist. Pulverdiät oder es gibt ja auch in den ganzen Zeitschriften immer viele Diätversuche. Ich glaube, das muss man dann extra wieder nachkochen. Es ist dann vielleicht auch die Disziplin oder keine Lust, dass ich mich da auf die Nacht hinstelle und mir dann irgendwas so großartig koche.“*

Insgesamt wurden von den Probandinnen, welche noch nie eine Diät durchgeführt hatten, folgende persönliche Gründe genannt: „Diäten sind ungesund für den Körper“, „zuviel Aufwand“, „als Genussmensch nicht daran interessiert bzw. zu undiszipliniert“, „Zufriedenheit mit dem eigenen Körper/Figur“ sowie „in der Herkunftsfamilie nicht vorgelebt“.

Tabelle 3.66 zeigt das semantische Wissen sowie Einstellungen der HR- und NR-Frauen bezüglich des Themas „Diäten“. Insgesamt waren mit dem Thema „Diäten“ nur wenige positive Assoziationen und deutlich mehr negative Assoziationen verbunden.

Tabelle 3.66: Wissen/Einstellungen bezüglich des Themas „Diäten“

Positive Assoziationen	Negative Assoziationen	Neutrale Assoziationen
Gesunde Ernährung	Hunger	Bewegung/Sport
Hilfreich bei starker Adipositas (unter medizinischer Aufsicht)	Jo-Jo-Effekt	Diätarten: Tabletten, Öle, Pulverdiäten, Weight Watchers, Brigitte-Diät
-	Straffe/definierte Figur dadurch nicht erreichbar	Frauenzeitschriften
-	Ungesund, schadet dem Körper	Abgeordnetenpenionen

-	Schlechte Laune	Geringe Wirksamkeit
-	Ausgelöst durch Druck von außen (Männer, Models)	-
-	Geldmacherei mit Diätprodukten	-
-	Auslöser für Anorexie	-

3.3.4.3 Subjektive Erfahrungen und Wissen/Einstellungen bezüglich Models von HR- und NR-Frauen

Gefragt nach ihren Erfahrungen mit dem Thema Models, Modezeitschriften und Modereportagen wurden „auf den ersten Blick“ durchgehend positive Erlebnisse und Situationen genannt (vgl. Tabelle 3.67).

Tabelle 3.67: Erfahrungen mit dem Thema „Models“

Dienen als Vorbild (Mode, Makeup, Sportlichkeit)
Objekte der Bewunderung (wegen Schlankheit und Disziplin)
Diskussion mit Freundinnen über Modereportagen/Fernsehsows (z. B. Germany's Next Topmodel)
Ansporn für gesündere Ernährung, mehr Sport und Diäten

In einer weiteren Analyse wurde deshalb untersucht, wie es den befragten Frauen nach dem Betrachten von Modelfotos geht. Gaben die Frauen an, sich von diesen Bildern beeinflussen zu lassen, waren die berichteten Auswirkungen auf die Psyche weitestgehend negativ (vgl. Tabelle 3.68), wie z. B. folgende Aussagen der Probandinnen 28BE14/HR und 09MM08/NR verdeutlichen:

Die haben eine große Wirkung auf mich. Denn, wenn ich jetzt zum Beispiel die Sendung Germany's Next Topmodel sehe. Wenn da diese ganzen schönen, schlanken Frauen herumlaufen, sitze ich immer vor dem Fernseher und bin dann wütend auf mich selber und mit mir selber unglaublich unzufrieden. Das ist allgemein, wenn ich im Fernsehen oder in Zeitschriften schöne schlanken Frauen sehe. Dann denke ich immer gleich, wärst du bloß auch so. Oder ich assoziiere das immer gleich auf mich, warum bin ich nicht so, warum bin ich nicht 1,80 m groß. (Probandin 28BE14, HR)

Ich glaube, das kommt auf meine momentane Stimmung an. Wenn es mir gut geht, ist es mir relativ egal. Wenn ich selbst mit mir unzufrieden bin, dann fallen mir schon persönliche Mängel ein, z. B., dass ich finde, dass meine Oberschenkel zu dick sind. (Probandin 09MM08, NR)

Tabelle 3.68: Subjektive Auswirkungen der Modelbilder auf die Psyche der Frauen

Wut auf sich selbst
Unzufriedenheit mit sich selbst

Diätverhalten dadurch ausgelöst
Neidgefühle
Angst/Abschreckung
Traurigkeit
Belustigung
Entspannung

Frauen, die sich von Modelbilder unbeeinflusst zeigten, gaben vorwiegend negative Assoziationen in Bezug auf Models an oder/und waren sich der Künstlichkeit vieler Fotos bewusst, wie z. B. Probandin 26HH24/NR:

„Oder ich weiß einfach, dass sie in Wirklichkeit auch nicht unbedingt so aussehen, dass man mit dem Computer, mit Retouchieren, relativ viel machen kann. Und ich wüsste auch, wenn mich jetzt jemand professionell herrichten würde und man hat irgendwelche Designerklamotten an, dass dann glaube ich jeder gut aussehen würde.“ Ähnlich Probandin 10KJ10/HR: *„Und das ist einfach nicht so das wahre Leben. Im Fernsehen ist soviel retouchiert und bearbeitet, dass ich jetzt nicht sage, ich muss so aussehen.“*

Generell berichteten v. a. die HR-Frauen, dass bei ihnen durch das Betrachten von Modelfotos tiefergehende negative Gefühle ausgelöst werden.

Tabelle 3.69 zeigt die Assoziationen der befragten Frauen bezüglich des Themas „Models“. Positive und neutrale Assoziationen einerseits, sowie negative Assoziationen andererseits halten sich in etwa die Waage.

Tabelle 3.69: Wissen/Einstellungen bezüglich des Themas „Models“

Positive Assoziationen	Negative Assoziationen	Neutrale Assoziationen
Hohe Reputation/ Vorbildfunktion	Stressreiches Leben	Sport
Reichtum	Skandale	Reisen
Abwechslungsreiches Leben	Wenig Privatsphäre	Medienpräsenz
Erfolg	Neid	Modeschauen/Modelabels
Attraktivität/Schönheit	Anorexie	Mode als künstlerischer Anspruch
Schlanksein	Weltfremdheit/ Abgehobensein	Model kein lebenslanger Beruf
Werbewirksamkeit (besser als z. B. mit normalgewichtigen Personen)	Realitätsfernes Schlankheitsideal	Fernsehshows
-	Drogen/Alkohol	Untragbare Mode
-	Krankhaftes Ernährungsverhalten/Diäten	-
-	Kränkliches Aussehen	-

-	Einsamkeit	-
-	Sind austauschbar	-
-	Dummheit	-

3.3.4.4 Subjektive Gründe für den Konsum von Modemagazinen und Modereportagen von HR- und NR-Frauen

Tabelle 3.70 können die subjektiven Gründe der HR- und NR-Frauen für den Konsum von Modemagazinen und Modereportagen entnommen werden.

Tabelle 3.70: Subjektive Gründe für den Konsum von Modemagazinen und Modereportagen

Gute Unterhaltung
Diskussionsstoff für Gespräche mit Freunden
Fotos von schlanken Frauen zum Ansporn für Sporttreiben und gesündere Ernährung
Modetipps und Makeuptipps
Voyeurismus

3.3.4.5 Subjektive Erfahrungen mit Hänseleien durch Peers von HR- und NR-Frauen

Es wurde untersucht, welche Erfahrungen die befragten Frauen mit Hänseleien und negativen Kommentaren seitens Gleichaltriger während der Schulzeit gemacht haben. Welche Auswirkungen der Hänseleien und der negativen Kommentare auf die Psyche und das Verhalten werden von den Probandinnen berichtet? Wieso kam es aus Sicht der Frauen zu solchen Auswirkungen?

Da keine der befragten NR-Frauen von Hänseleien/negativen Kommentaren berichtete (vgl. Tabelle 3.75), fußen folgende Ergebnisse auf den Interviewaussagen der HR-Frauen.

Nur eine betroffene Frau (Probandin 28BE14, HR) berichtete von positiven subjektiven Auswirkungen auf die Psyche und das Verhalten. Allein durch die negativen Kommentare sei sie dazu motiviert worden, ihr Übergewicht zu reduzieren:

Natürlich im Hinterkopf immer, du musst abnehmen. Aber wie schlimm es wirklich ist, das habe ich versucht, von mir fernzuhalten. Und wenn jetzt eben Kommentare gekommen sind, sind die unweigerlich durch diese Mauer durchgedrungen und haben mir vor Augen geführt, dass dieses Übergewicht wirklich real ist und auf die Anderen eine negative Wirkung hat. (Probandin 28BE14, HR)

Auf alle anderen Frauen hatten Hänseleien/negative Kommentare auf die Psyche und das Verhalten negative Auswirkungen (vgl. Tabelle 3.71), wie beispielsweise auf Probandin 23RA55/HR: „Wenn ich das von Leuten in der Schule gehört habe, das hat mich

damals ziemlich runtergezogen. Das war für mich schon schlimm und das hat am Selbstwertgefühl ziemlich gekratzt.“ (Probandin 23RA55, HR).

Tabelle 3.72 zeigt die subjektiven Gründe, die von den Probandinnen für die negativen Auswirkungen der Hänseleien/Kommentare auf ihre Psyche und ihr Verhalten genannt wurden.

Tabelle 3.71: Subjektive Auswirkungen von Hänseleien/Negativen Kommentaren durch Peers

Ausgelöste Gefühle	Ausgelöstes Verhalten
Traurigkeit	Diätverhaltensweisen
Wut auf sich selbst	Sozialer Rückzug
Selbstwertgefühl reduziert	-
Innerlicher Rückzug von Anderen	-
Kränkungserleben	-
Hemmungen und Ängstlichkeit gegenüber Anderen	-

Tabelle 3.72: Subjektive Gründe für negative Auswirkungen von Hänseleien/negativen Kommentaren

Kein Rückhalt durch konstante Freundesclique
Geringes Selbstwertgefühl
Übergewicht
Kommentare als Spiegel der eigenen Disziplinlosigkeit
Unfähigkeit sich zu wehren
Herkunftsfamilie: äußeres Erscheinungsbild wichtig

3.3.4.6 Subjektive Erfahrungen mit Kommentaren seitens des Partners von HR- und NR-Frauen

Untersucht werden sollte die Rolle von Partnern für die Körperunzufriedenheit und für Gewichtsreduktionsmaßnahmen von Frauen. Insgesamt gaben jeweils nur eine HR- und eine NR-Frau an, jemals von einem Partner bezüglich des Gewichts bzw. der Figur kritisiert worden zu sein (vgl. Tabelle 3.75). Wie Tabelle 3.73 entnommen werden kann, berichteten diese beiden Frauen von eher wenigen bzw. geringen Auswirkungen der negativen Kommentare des Partners auf ihr Empfinden und ihr Verhalten.

Tabelle 3.73: Subjektive Auswirkungen von negativen Kommentaren durch den Partner

Ausgelöste Gefühle	Ausgelöstes Verhalten
Kränkungserleben	Frustessen
Innerer Rückzug vom Partner	-

Aus Sicht der befragten Frauen bevorzugen Männer im Allgemeinen schlanke Frauen (vgl. auch Tabelle 3.74), wobei extreme Schlankheit von diesen eher abgelehnt wird:

Prinzipiell schlank schon. Richtig knochig dünn glaube ich die Wenigsten. Das finden die Männer vielleicht auf dem Foto ganz schön, aber wenn sie dann die Frauen anfassen, finden sie das glaube ich nicht mehr schön. Also, ich glaube dann eher eine normale gesunde Figur. Gesund aussehen auch. Das glaube ich ist die Präferenz der meisten. (Probandin 22PK17, HR)

Ähnlich Probandin 16HA45/HR auf die Frage, welchen Frauentyp bezogen auf das äußere Erscheinungsbild Männer bevorzugen: „*Schon die schlankeren. Aber jetzt auch nicht die Hungerhaken, sondern das Normale. Schon mit Rundungen und so.*“

Darüber hinaus vertraten zwei HR-Frauen und zwei NR-Frauen die Ansicht, dass man keine generelle Aussage bezüglich des bevorzugten männlichen Frauentyps treffen könne:

„*Im Allgemeinen kann man es glaube ich nicht sagen. Also, es gibt sicherlich die 90-60-90 Präferenzen. Dann gibt es aber auch die, die eher auf natürlich stehen.*“ (Probandin 22PK17, HR). „*Also, bei typischen Sunnyboys denke ich auf jeden Fall, die Frau muss groß sein, blond am besten, sehr schlank, hochhackige Schuhe, enge Jeans, da sind sie zufrieden. Aber es gibt natürlich auch normale Jungen, die brauchen nicht so eine aufgetakelte Freundin.*“ (Probandin 25KT01, HR).

„*Aussehen spielt natürlich schon eine Rolle bei der Partnerwahl, aber ich glaube, das ist sehr individuell. Der eine mag das, dem Anderen gefällt das. Ich finde, man kann das nicht so generell beurteilen.*“ (Probandin 25HA19, NR). „*Ich will da echt keine Kategoriennaussage treffen, weil ich finde, das kann man so nicht sagen.*“ (Probandin 19AJ03, NR).

Tabelle 3.74: Bevorzugter männlicher Frauentyp aus Sicht der befragten Frauen

Groß
Blond
(Sehr) schlank
Hochhackige Schuhe
Enge Jeans
Lange Haare
Schön
Gute Ausstrahlung
Mit Rundungen, keine Extreme
Eher zierlich
90-60-90
Natürlichkeit
Gepflegt

3.3.4.7 Subjektive Erfahrungen mit Kommentaren seitens der Eltern von HR- und NR-Frauen

Des Weiteren war von Interesse, ob die NR- und die HR-Frauen von negativen Äußerungen und Kommentaren der Eltern hinsichtlich ihres Körpers, ihrer Figur und ihres Gewichts berichten. Welche Auswirkungen sahen die Frauen, die solche Kommentare erlebt haben, auf ihre Psyche und ihr Verhalten?

Sowohl von zwei HR-Frauen als auch von zwei NR-Frauen wurden negative Kommentare der Eltern berichtet. Keine der vier Frauen gab jedoch auf Nachfrage negative Auswirkungen auf ihr Befinden oder ihr Verhalten an. So äußerte beispielsweise Probandin 22PK17/HR: *„Aber das hat mich selten wirklich verletzt. Also, es war oft im Spaß. Und ich wusste auch, dass es im Grunde stimmt.“* Oder Probandin 17TO29/NR: *„Also, ich habe nicht so einen Druck, dass es mir etwas ausmachen würde.“*

3.3.4.8 Häufigkeit von Diäten bei HR- und NR-Frauen und deren Bezugspersonen sowie Häufigkeit erlebter negativer Kommentare von Peers, Partnern und Eltern

Wie Abbildung 3.8 entnommen werden kann haben alle 10 NR-Frauen selbst noch nie eine Diät durchgeführt, wohingegen lediglich sechs HR-Frauen die Durchführung von Diäten verneinten. Allerdings fand sich kein statistisch bedeutsamer Unterschied zwischen den beiden Gruppen ($\chi^2 = 5.00$; $df = 2$; $p > 0.05$ bei zweiseitiger Testung).⁴²

Darüber hinaus hatten die Bezugspersonen der HR-Frauen häufiger Diäten durchgeführt als die Bezugspersonen der NR-Frauen (vgl. Abbildung 3.9). Dieser Unterschied wurde ebenfalls nicht signifikant ($\chi^2 = 4.53$; $df = 2$; $p > 0.05$ bei zweiseitiger Testung).⁴³

⁴² Berechnet wurde der χ^2 -Test. Ebenso wurde der entsprechende exakte Test nicht signifikant (Diehl & Staufienbiel, 2007, Kap. 42).

⁴³ Berechnet wurde wiederum der χ^2 -Test. Ebenso wurde der entsprechende exakte Test nicht signifikant (Diehl & Staufienbiel, 2007, Kap. 42).

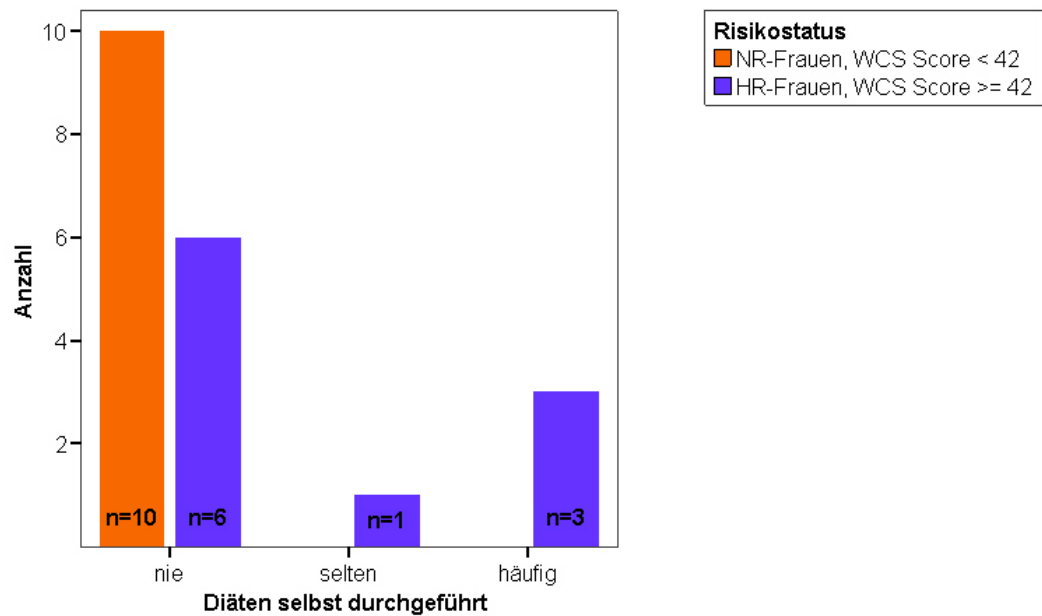


Abbildung 3.8: Häufigkeiten der von NR- und HR-Frauen selbst durchgeführten Diäten

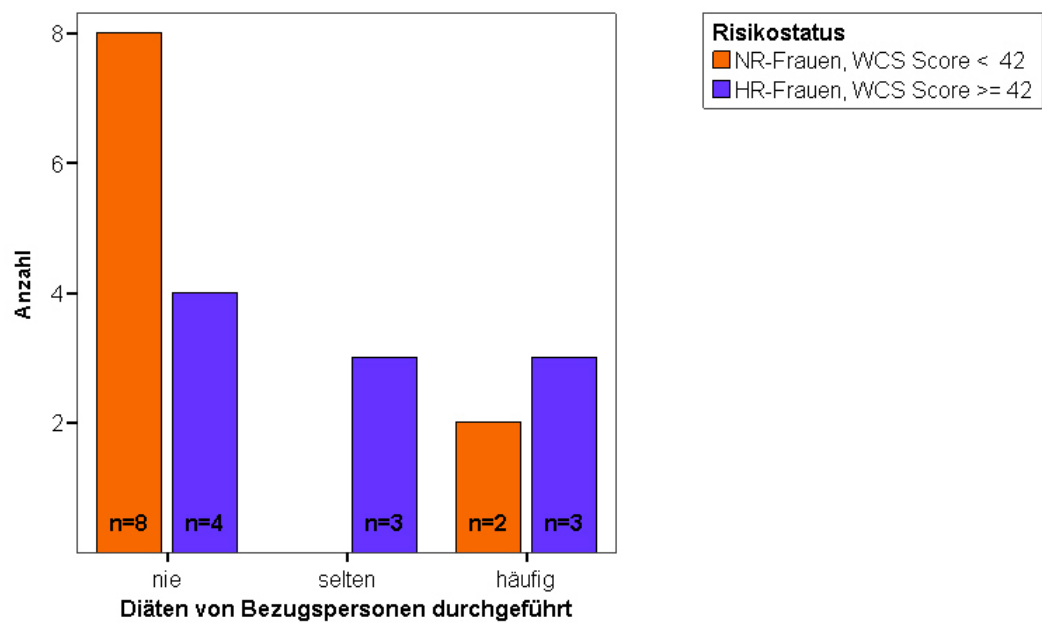


Abbildung 3.9: Häufigkeiten der von Bezugspersonen der NR- und HR-Frauen durchgeführten Diäten

Tabelle 3.75: Häufigkeiten von Hänseleien/negativen Kommentaren seitens der Peergruppe, Partnern und der Familie

		Peers	Partner	Familie
HR-Frauen	Ja	6	1	2
	Nein	4	9	8
NR-Frauen	Ja	0	1	2
	Nein	10	9	8

HR-Frauen wurden laut eigener Angaben hoch signifikant häufiger von Peers bezüglich ihres Äußeren, der Figur oder dem Gewicht gehänselt als NR-Frauen ($\chi^2 = 8.57$; $df = 1$; $p \leq 0.01$ bei zweiseitiger Testung).⁴⁴

Innerhalb einer Partnerschaft gaben jeweils nur eine HR- und eine NR-Frau an, negativen Kommentaren seitens des Partners ausgesetzt gewesen zu sein. Ebenso fanden sich gleich häufig negative Kommentare seitens der Eltern der HR- und der NR-Frauen (jeweils bei zwei Probandinnen).

3.3.5 Diskussion

3.3.5.1 Inhaltliche Diskussion der Fragestellungen

Die gefundenen Ergebnisse stimmen weitestgehend mit den quantitativen Befunden der Studien 1 (vgl. Kapitel 3.1) und 2 (vgl. Kapitel 3.2) überein.

Konform mit den Ergebnissen von Jacobi und Fittig (2008), Jacobi, Hayward et al. (2004), Jacobi und Neubert (2005) sowie Stice (2002a) gaben mehr HR-Frauen als NR-Frauen an, mit ihrem *Körper unzufrieden* zu sein. Welche große Rolle die Körperunzufriedenheit für die betroffenen Frauen spielt, zeigen die vielfältigen Alltagssituationen, in welchen laut Angaben der Frauen die Unzufriedenheit ausgelöst wird (vgl. Tabelle 3.60). Insbesondere in sozialen Situationen (wie z. B. beim Kennenlernen neuer Leute oder bei der Partnersuche) rücken die vermeintlichen eigenen körperlichen Mängel in den Fokus der Frauen und lösen bei diesen mitunter stark aversive Gefühle wie Trauer, Ärger und Scham bezüglich des eigenen Körperselbsts aus (Stice, 2002a: „Körperunzufriedenheit als Risikofaktor für negative Emotionalität“; vgl. Kapitel 2.3.3.2).

⁴⁴ Berechnet wurde der χ^2 -Test. Ebenso wurde der entsprechende exakte Test hoch signifikant (Diehl & Staufenbiel, 2007, Kap. 42).

Ebenso konsistent mit den Befunden quantitativer Studien sind die Mehrzahl der von den Frauen geäußerten subjektiven Gründe für die erlebte Körperzufriedenheit bzw. Körperunzufriedenheit (vgl. Tabelle 3.61 und Tabelle 3.62): Übergewicht, niedriges Selbstwertgefühl, wahrgenommener soziokultureller Druck, schlank zu sein, und mangelnde soziale Eingebundenheit können als empirisch gut bestätigte Risikofaktoren für die Entwicklung einer Essstörung gelten (vgl. Kapitel 2.3.3.2).

Weitere – in quantitativen Studien bislang eher weniger untersuchten – Konstrukte, die bei der Entwicklung von Körperzufriedenheit bzw. von Körperunzufriedenheit und Essstörungen eine Rolle spielen könnten, sind nach den subjektiven Angaben der Frauen „Selbstwirksamkeitserwartungen bezüglich der Gewichtskontrolle“, „Allgemeine Lebenszufriedenheit“, „stabile Partnerschaft und Freundschaftsbeziehungen“, „Bedeutung von Schlankheit in der Herkunftsfamilie“ und „Mangelnde Disziplin bezüglich Sport und/oder Essen“. Es wäre sicherlich lohnenswert, diese Konstrukte sowohl in quantitativen als auch in qualitativen Studien zukünftig noch differenzierter zu untersuchen.

Die von der Mehrzahl der Frauen geäußerten positiven Assoziationen bezüglich des Themas „schlank sein“ (vgl. Tabelle 3.63) decken sich mit der Botschaft „thin is beautiful“ und „beautiful is good“ (Striegel-Moore et al., 1986, S. 247) und sprechen für eine hohe Internalisierung des in der westlichen Gesellschaft verbreiteten Schlankkeitsideals. Allerdings kann das in der Werbewirtschaft verbreitete Credo „nur schlanke Models erhöhen den Umsatz“ nach den vorliegenden Befunden nicht bestätigt werden, wie folgende Aussage einer Probandin zeigt: *„Ich denke mir oft, dass, wenn Firmen mit der Normalfrau werben würden, dann würden sie vielleicht mehr Profit machen. Sieht man ja bei Dove, die haben ja diese Kampagne gemacht. Und ich glaube, die haben ihren Umsatz verdoppelt. Und ich verstehe nicht, warum das nicht mehr machen können.“* (Probandin 16ER16, HR).

Diäten gelten als empirisch gut bestätigter Risikofaktor für die Entwicklung von Essstörungen (vgl. Kapitel 2.3.3.2). Auch wenn Diäten mit negativen Erfahrungen verbunden waren (vgl. Tabelle 3.64) und generell sehr kritisch sowohl von den HR- als auch den NR-Frauen gesehen wurden (vgl. Tabelle 3.66), führten – im Einklang mit Befunden zahlreicher quantitativer Studien – deskriptiv mehr HR-Frauen und deren Bezugspersonen Diäten durch als NR-Frauen und deren Bezugspersonen (vgl. Abbildung 3.8 und Abbildung 3.9). D. h., das vorhandene semantische Wissen bezüglich Diäten führte nur bei einem Teil der Frauen dazu, dass auf die Durchführung von Diätverhaltenswei-

sen gänzlich verzichtet wurde. Als die in diesem Zusammenhang möglicherweise bedeutsamen Variablen kristallisierten sich in der vorliegenden Studie insbesondere die Konstrukte „Übergewicht“ und „Vorleben von Diätverhaltensweisen in der Herkunftsfamilie“ heraus. Als Auslöser für Diätverhaltensweisen wurden von den betroffenen Frauen wiederum insbesondere soziale Auslöser wie beispielsweise „Präsentation des Körpers im Schwimmbad“ oder „Kennenlernen eines potenziellen neuen Partners“ genannt (vgl. Tabelle 3.65).

Bezüglich der *Medialen Präsentation des Schlankheitsideals* und die Auswirkungen von Modelbildern auf die Psyche und das Verhalten von NR- und HR-Frauen fand sich in Übereinstimmung mit experimentellen Studien (vgl. Kapitel 3.2), dass v. a. die Frauen mit einem hohen Risiko für Essstörungen von tiefergehenden negativen Gefühlen (vgl. Tabelle 3.68) nach der Betrachtung solcher Bilder berichteten.

Das Bewusstsein, dass viele der in Zeitschriften und im Fernsehen gezeigten Bilder bearbeitet sind und nicht der Realität entsprechen, erwies sich hierbei als Schutzfaktor für die Auslösung negativer Emotionen und Diätverhaltensweisen. Dieser Befund unterstützt die Forderung einiger Autoren, bei der Prävention von Essstörungen (vgl. Kapitel 2.2) insbesondere die Medienkompetenz von Kindern und Jugendlichen zu stärken.

Zudem sprechen die vorliegenden Ergebnisse dafür, dass im Rahmen von Präventionskonzepten insbesondere eine realistische Auseinandersetzung mit dem Thema „Models“, „Modelbilder“ sowie dem propagierten „Schlankheitsideals“ erfolgen sollte, da das Leben bzw. der Modelberuf – neben negativen Assoziationen – auch deutlich mit neutralen bis positiven Assoziationen in Verbindung gebracht wurde (vgl. Tabelle 3.69).

Die in Tabelle 3.70 aufgeführten *subjektiven Gründe für den Konsum von Modemagazinen und Modereportagen* betonen insbesondere wieder den sozialen Aspekt (z. B. „Diskussionsstoff für Gespräche mit Freunden“).

Lediglich für HR-Frauen spielten negative *Kommentare/Hänseleien von Peers* während der Schulzeit eine wichtige Rolle (vgl. Tabelle 3.75) mit zumeist negativen Auswirkungen auf die Psyche und das Verhalten der betroffenen Frauen (vgl. Tabelle 3.71). Ebenso wie die von den Frauen genannten Gründe für die negativen Auswirkungen dieser Kommentare auf ihre Psyche und ihr Verhalten (vgl. Tabelle 3.72) stimmen diese Ergebnisse mit den Befunden zahlreicher Studien überein, die von schädlichen Auswirkungen von Einflüssen der Peergruppe berichten (z. B. Bell & M. J. Cooper, 2005; Berger et al., 2005; Eisenberg et al., 2005; Ghaderi, 2001; Neumark-Sztainer et al., 2002;

Oliver & Thelen, 1996; Paxton et al., 1999; Stormer & Thompson, 1996; Thompson et al., 1999, S. 151-174).

Negative Kommentare seitens des Partners oder der Eltern spielten in der vorliegenden Studie keine große Rolle für die befragten Frauen (vgl. Tabelle 3.75). Auch fanden sich keine Unterschiede zwischen NR- und HR-Frauen. Insgesamt sind die Befunde diverser Studien bezüglich der Rolle negativer Kommentare seitens des Partners oder der Eltern weniger eindeutig als die Rolle von Peers. In einigen Studien (z. B. Presnell et al., 2004) wurden keine Einflüsse von negativen Kommentaren seitens des Partners oder der Eltern gefunden, wohingegen andere Studien (z. B. Schwartz, Phares, Tantleff-Dunn & Thompson, 1999) von negativen Auswirkungen berichten.

Rodgers und Chabrol (2009) äußern in ihrem aktuellen Review hierzu: „Attempts to determine the relative importance of different sources of influence have not led to conclusive findings“ (S. 142) und “attempts to evaluate the relative importance of different sources of sociocultural pressures on body image disturbance and disordered eating have therefore met with moderate success” (S. 143).

Nicht vollständig auszuschließen ist jedoch, dass die Probandinnen aus Gründen sozialer Erwünschtheit in der vorliegenden Studie nichts Negatives über ihre Partner und ihre Eltern sagen wollten.

Der von Männern aus der Sicht der Probandinnen bevorzugte *Frauentyp* (vgl. Tabelle 3.74) entspricht im Großen und Ganzen dem in der Gesellschaft verbreiteten Schlankheits- und Schönheitsideal. Dieser Befund kann erklären, weshalb Frauen bei der Partnersuche Körperunzufriedenheit erleben (vgl. Tabelle 3.60) und das Kennenlernen eines potenziellen neuen Partners zur Durchführung von Diätverhaltensweisen führt (vgl. Tabelle 3.65).

3.3.5.2 Methodische Stärken und Einschränkungen der Studie

Bei der Diskussion methodischer Stärken und Einschränkungen der vorliegenden Studie muss angemerkt werden, dass „die Frage, wie qualitative Forschung bewertet werden soll, noch nicht zufrieden stellend beantwortet ist“ (Flick, 2007a, S. 487), da die klassischen Gütekriterien standardisierter (quantitativer) Forschung häufig die speziellen Eigenschaften qualitativer Forschung und Daten verfehlen. Flick (2007a) weiter:

Auch nach der Auseinandersetzung mit den diskutierten Alternativen bleibt der Eindruck, dass beide Strategien – die Anwendung klassischer Gütekriterien und die Entwicklung neuer, spezifischer Kriterien – in der aktuellen Diskussion weiter verfolgt werden und keine der beiden Strate-

gien bisher eine wirklich befriedigende Antwort auf die Frage der Geltungsbegründung [bei qualitativer Forschung] geliefert hat. (S. 505 f.)

Während im quantitativen Verständnis die traditionellen Gütekriterien Validität, Reliabilität und Objektivität relativ konstant verwendet werden, variieren in der qualitativen Sozialforschung die Vorstellungen von Gütekriterien in ihrer inhaltlichen Bedeutung schon auf der Erhebungsebene, und je nach Ausrichtung des qualitativen Forschers finden sich unterschiedliche Konzeptionalisierungen (Lamnek, 2005, Kap. 4.4).⁴⁵

Von Mayring wurden folgende – nicht unumstrittene – *Gütekriterien für die qualitative Sozialforschung* formuliert (Mayring, 2002, zitiert nach Lamnek, 2005, Kap. 4.4):

- **Verfahrensdokumentation:** Detaillierte und weitgehende Darstellung des Vorgehens.
- **Argumentative Interpretationsabsicherung:** Interpretationen müssen so dokumentiert werden, dass ein intersubjektiver Nachvollzug gewährleistet ist.
- **Regelgeleitetheit:** Festlegung von Analyseschritten, systematische Materialbearbeitung, Strukturierung des Materials.
- **Nähe zum Gegenstand:** Einbezug der Interessen und Relevanzsysteme der untersuchten Personen.
- **Kommunikative Validierung:** Rückkopplung von Interpretationen an die untersuchten Personen.
- **Triangulation:** Einsatz verschiedener Methoden, Theorieansätze, Interpreten, Datenquellen etc.

Legt man diese Gütekriterien von Mayring für die Bewertung der vorliegenden Studie zu Grunde, sind die untersuchten Konstrukte und verwendeten Methoden als hinreichend angemessen zu bezeichnen, da sie sowohl dem Erkenntnisziel der Autorin als auch den empirischen Gegebenheiten gerecht wurden.

Traditionelle Gütekriterien: In der vorliegenden Studie wurden, wie bereits erwähnt, die gewählten Kategorien in enger Anlehnung an die vorliegenden Theorien und empirischen (insbesondere quantitativen) Vorbefunde möglichst exakt operationalisiert, so dass die Kriterien der *Inhalts- und Konstruktvalidität* als ausreichend erfüllt angenommen werden können.

⁴⁵ Weitergehende Informationen zum Thema Gütekriterien qualitativer Forschung findet der interessierte Leser bei Flick (2007a, Kap. 28) und bei Lamnek (2005, Kap. 4.4).

Eine Einschränkung der vorliegenden Arbeit besteht möglicherweise darin, dass aufgrund zeitlicher und personeller Limitationen das Gütekriterium der *Objektivität* der Untersuchung nicht dezidiert überprüft werden konnte, da auf eine Testphase (Probecodierung und Codiererschulung mehrerer Codierer) verzichtet werden musste (vgl. Abbildung 3.10).

Objektivität ist dann gegeben, wenn die Ergebnisse der Datenerhebung unabhängig von der Person des Durchführenden sind. Für ein im Rahmen einer Inhaltsanalyse entwickeltes Kategoriensystem bedeutet das, dass die damit von zwei Codierern erhobenen Daten, bis auf geringe zu vernachlässigende Abweichungen, übereinstimmen müssen (Inter-Coder-Reliabilität) (Früh, 1998, Kap. 1.3.3).

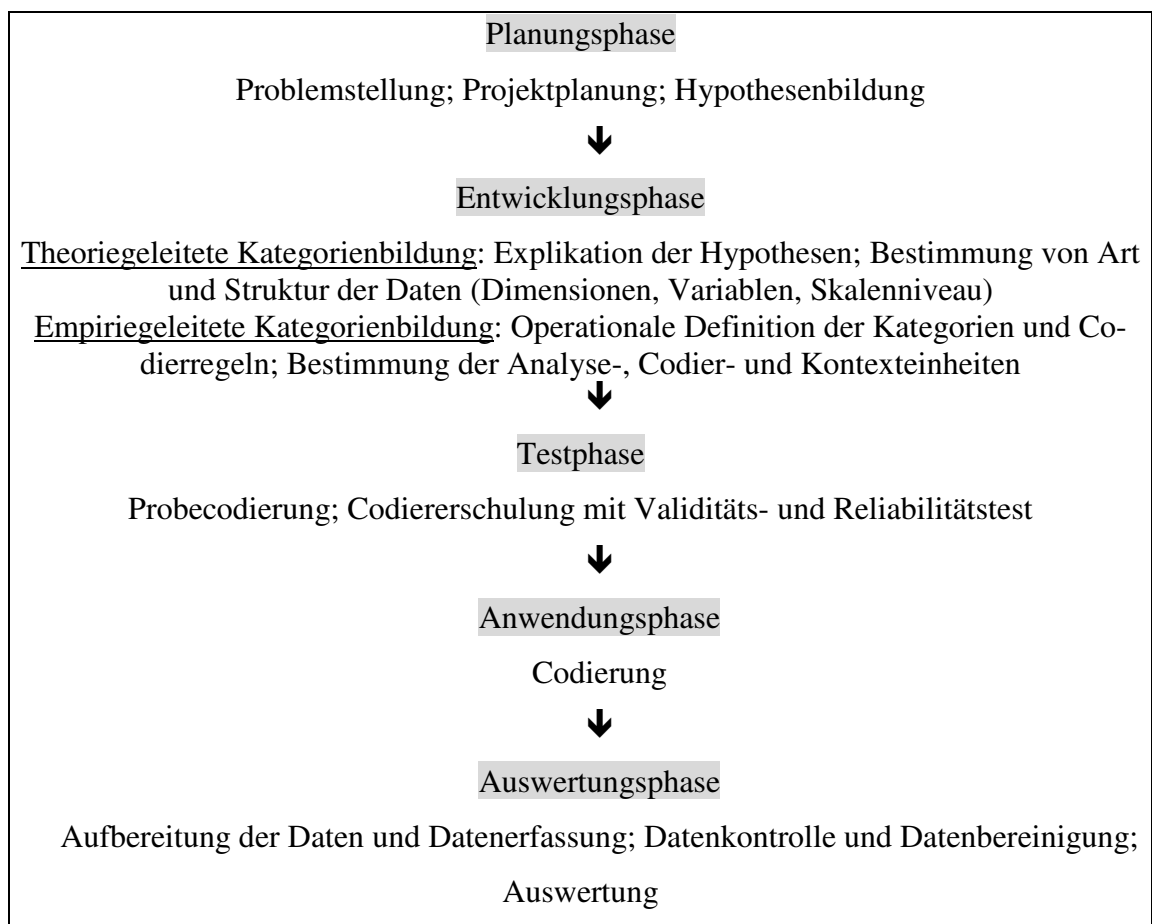


Abbildung 3.10: Standardisierter Untersuchungsablauf der Inhaltsanalyse (nach Früh, 1998, S. 91)

In nachfolgenden Interviewstudien, welche den im Rahmen dieser Studie entwickelten Interview-Leitfaden (vgl. Anhang F) sowie das elaborierte Kategoriensystem (Anhänge I und J) verwenden, wird empfohlen, eine Inter-Coder-Analyse zur Objektivitätsprüfung

durchzuführen (Früh, 1998, Kap. 1.3.3), auch wenn gegen das Konzept der Inter-Coder-Reliabilität selbst Einwände vorgebracht worden sind (Lisch & Kritz, 1978 und Ritsert, 1972, zitiert nach Mayring, 2003).⁴⁶ Dafür sollten zwei Codierer mithilfe des Codebuchs (vgl. Anhang J) sowie mehrerer Probecodierungen geschult werden. Solange bis eine zufrieden stellende Kategoriendefinition gewährleistet ist, sollten dabei problematische Punkte im Kategoriensystem bzw. im Codebuch verändert werden.

Als weiterer Kritikpunkt sei auf die – dem qualitativen Vorgehen geschuldete – geringe Fallzahl hingewiesen (10 NR- und 10 HR-Frauen). Für nicht signifikante Ergebnisse (vgl. Kapitel 3.3.4.8) könnte aufgrund der kleinen Gesamtstichprobe eine zu geringe Power verantwortlich zeichnen.

Darüber hinaus handelt es sich um eine retrospektive Erhebung, so dass Gedächtnisverzerrungen nicht ausgeschlossen werden können.

Zuletzt sei darauf hingewiesen, dass eine Einschränkung der vorliegenden Arbeit wie in den Studien 1 und 2 darin besteht, dass nur Frauen der Hauptrisikogruppen (18 bis 25 Jahre) interviewt wurden. Die Ergebnisse lassen somit keine Aussagen bezüglich sehr junger oder älterer Frauen zu. Ebenso können keine Aussagen bezüglich Risikofaktoren für Essstörungen bei Männern getroffen werden (Fragen der externen Validität).

⁴⁶ Es wird empfohlen, zur Überprüfung Cohens Kappa zu berechnen. Das Kappa-Maß ist zufallskritisch, d. h. es berücksichtigt, dass Übereinstimmungen zwischen zwei Codierern zufällig zustande gekommen sein können, und nicht nur die prozentuale Übereinstimmung zwischen den Codierern. Für die Berechnung siehe Bortz (2005, S. 581 f.).

4 Abschließende Diskussion – Studien 1 bis 3

Essstörungen müssen als ernsthaftes Gesundheitsproblem betrachtet werden, da sie nicht selten einen chronischen Verlauf und erhöhte Mortalitätsraten aufweisen sowie mit zahlreichen körperlichen, psychischen und sozialen Komorbiditäten und Folgeproblemen einhergehen (J. G. Johnson et al., 2002; J. E. Mitchell & Crow, 2006; Woodside & Staab, 2006). Die finanziellen Aufwendungen des Gesundheitssystems für Behandlungs- und Therapiekosten und der volkswirtschaftliche Schaden infolge krankheitsbedingter Arbeitsausfälle sind als enorm einzuschätzen (Krauth et al., 2002; Simon et al., 2005; Striegel-Moore et al., 2000).

International wird deshalb vermehrt Forschung im Bereich der Prävention von Essstörungen gefordert (Geissner, 2005; Steiner-Adair et al., 2002), um zukünftig noch mehr wirksame primär- und sekundärpräventive Maßnahmen zu konzipieren und zu evaluieren, welche darauf abzielen, den Einfluss spezifischer Risikofaktoren für Essstörungen zu verringern bzw. protektive Faktoren zu stärken.

Hierfür ist eine genaue Kenntnis und Erforschung der Risiko- und Schutzfaktoren eine unabdingbare Voraussetzung. Trotz zahlreicher Studien sind die genauen Ursachen für die Entwicklung einer Essstörung aber bislang noch nicht eindeutig aufgeklärt.

Zentrales Anliegen dieser Studie war es, hierzu einen Beitrag zu leisten. Die Studien 1 bis 3 sind in dem Bereich der Risikofaktorenforschung bei Essstörungen angesiedelt, wobei verschiedene Methoden – Fragebogenerhebung, Quasiexperiment und qualitatives Interview – miteinander kombiniert wurden („Between-Method-Triangulation“; Flick, 2007b, S. 313).⁴⁷

Die Befunde der drei Studien deuten weitestgehend darauf hin, dass junge Frauen mit einem hohen Risiko für Essstörungen im Vergleich zu jungen Frauen mit einem niedrigen Risiko ein reduziertes Selbstwertgefühl, eine stärkere Körperunzufriedenheit, stärker gezügeltes Essverhalten/Diäten, mehr essensbezogene Sorgen, mehr Sorgen um das eigene Gewicht und die Figur, eine stärkere Internalisierung des Schlankkeitsideals, mehr allgemeine psychopathologische Auffälligkeiten (z. B. erhöhte Depressivität, gesteigerter Perfektionismus, erhöhte Impulsivität, stärkere soziale Unsicherheit), mehr negative Erfahrungen mit Peers sowie ein höheres Körpergewicht aufweisen.

⁴⁷ Dem an der Triangulation qualitativer und quantitativer Forschung interessierten Leser sei Flick (2008, Kap. 5) empfohlen.

Darüber hinaus zeigen die Befunde, dass Frauen mit einem hohen Risiko für Essstörungen pro Woche deutlich mehr Stunden vor dem Fernseher und im Internet verbringen als Frauen mit einem niedrigen Risiko, und in einem Monat mehr Zeitschriften lesen, die sie abonniert haben, die sie sich kaufen, die sie sich von Freunden leihen oder beim Arzt etc. durchblättern. Der Umfang der medialen Exposition wird wiederum mit der Internalisierung des Schlankheitsideals, mit einem höheren BMI, mit Diätverhaltensweisen, mit Weight Concerns sowie Körperunzufriedenheit in Verbindung gebracht.

Bezüglich des Zusammenhangs zwischen dem Vorliegen eines hohen Risikos für Essstörungen und der Beeinflussbarkeit der Gefühle, des Selbstwertgefühls sowie der Zufriedenheit mit dem äußeren Erscheinungsbild, mit dem Gewicht und dem Körper durch mediale Exposition fanden sich keine einfach zu interpretierenden Zusammenhänge. Dies verdeutlicht erneut die Komplexität der Materie und es bleibt festzustellen, dass nicht von einfachen Ursache-Wirkungszusammenhängen nach dem Motto „in den Medien werden Magermodels präsentiert, deshalb entwickeln Frauen Probleme mit dem Essen und psychische Probleme“ ausgegangen werden darf.

Auch in der vorliegenden Studie konnte aufgrund des Querschnittsdesigns das Henne-Ei-Problem nicht gelöst werden: Konsumieren Frauen mit einem hohen Risiko für Essstörungen bzw. hoher psychischer Vulnerabilität bevorzugt Medien, in welchen das Schlankheitsideal präsentiert wird, oder sind die Medien ursächlich für psychische Probleme und Verhaltensweisen und erhöhen das Risiko für Essstörungen?

Zukünftige Forschungsfragen und -strategien betreffen deshalb insbesondere die Notwendigkeit der Durchführung prospektiver Studien an verschiedenen gesunden Stichproben und Risikogruppen: „Future research must take a developmental perspective, both conceptually and methodologically. Methodologically, longitudinal research is needed to determine whether adverse reactions to media dissipate, continue or worsen over time” (Irving, 2001, S. 266).

Weiterhin sollten in zukünftigen Studien die Konstrukte „Selbstwirksamkeitserwartungen bezüglich der Gewichtskontrolle“, „Allgemeine Lebenszufriedenheit“, „stabile Partnerschaft und Freundschaftsbeziehungen“, „Geringe Bedeutsamkeit von Schlankheit in der Herkunftsfamilie“ und „Disziplin bezüglich Sport und/oder Essen“ als protektive Faktoren für Essstörungen vermehrt in den Fokus der Aufmerksamkeit gerückt werden.

Schließlich erwies sich das Bewusstsein, dass viele der in Zeitschriften und im Fernsehen gezeigten Bilder bearbeitet sind und nicht der Realität entsprechen, als Schutzfak-

tor für die Auslösung negativer Emotionen und Diätverhaltensweisen. Dieser Befund unterstützt die Forderung einiger Autoren, in der Prävention von Essstörungen (vgl. Kapitel 2.2) insbesondere die Medienkompetenz von Kindern und Jugendlichen zu stärken.

5 Zusammenfassung

Hauptanliegen dieser Studie war es, spezifische Risikofaktoren für Essstörungen unter besonderer Berücksichtigung medialer Einflussfaktoren (Präsentation des Schlankheitsideals) an einer Stichprobe deutscher junger Frauen zu untersuchen. Dazu wurden im Rahmen von drei Studien insgesamt 458 Studentinnen der Universität Regensburg im Alter zwischen 18 und 25 Jahren während der Wintersemester 2007/2008 und 2008/2009 untersucht.

In Studie 1 wurde in einer *Fragebogenerhebung* (Querschnittsdesign) der Zusammenhang zwischen verschiedenen, empirisch bestätigten Risikofaktoren und retrospektiven Korrelaten für Essstörungen sowie deren Zusammenhang mit allgemeinen und essstörungsspezifischen psychopathologischen Auffälligkeiten untersucht. Eine Hochrisiko- und eine Niedrigrisikogruppe für Essstörungen wurden hinsichtlich dieser Variablen verglichen. Die eingesetzte Fragebogenbatterie umfasste einen soziodemografischen Fragebogen, die Weight Concern Scale, das Eating Disorder Inventory-2, die Frankfurter Selbstkonzeptskalen, den Eating Disorder Examination-Questionnaire, das Beck-Depressions-Inventar-II, den Fragebogen zum Figurbewusstsein sowie die Symptomcheckliste von Derogatis.

In Studie 2 wurde in einem *quasi-experimentellen Design* mittels eines Computerexperiments überprüft, inwieweit das Vorliegen eines hohen Risikos für Essstörungen mit der Beeinflussbarkeit junger Frauen durch Medien und dem durch diese transportierten Schlankheitsideal in Verbindung gebracht werden kann. Folgende Fragebögen kamen zum Einsatz: eine Skala zur Messung von Consumer Sophistication, Visuelle Analogskalen, die Modifizierte Version der Differentiellen Affekt Skala, ein „Manipulationscheck-Fragebogen“, das Eating Disorder Inventory-2, ein Fragebogen zur Attraktivitätsorientierung und ein „Naivitätscheck-Fragebogen“.

Mittels eines *qualitativen Episodischen Interviews nach Flick* wurden in Studie 3 Hochrisiko- und Niedrigrisikofrauen für Essstörungen über diverse Risikofaktoren befragt.

Die Ergebnisse der drei Studien stützen im Großen und Ganzen die Vorbefunde zahlreicher quantitativer und qualitativer Studien aus dem Bereich der Risikofaktorenforschung für Essstörungen. Die untersuchten Hochrisikofrauen für Essstörungen wiesen mehr Risikofaktoren auf als die Niedrigrisikofrauen und zeigten sich im Allgemeinen

auch anfälliger für mediale Einflüsse. Davon abweichende Befunde sowie methodische Stärken und Schwächen der jeweiligen Studie werden diskutiert.

6 Literaturverzeichnis

- Agliata, D. & Tantleff-Dunn, S. (2004). The impact of media exposure on males' body image. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 7-22.
- Albrecht, R. (2007). Essstörungen. Auswirkungen auf den Körper, insbesondere das Hormonsystem. Regensburg: GGB.
- Altabe, M. (1998). Ethnicity and body image: quantitative and qualitative analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 153-159.
- Andersen, A. E. (1995). Eating disorders in males. In K. D. Brownell & C. G. Fairburn (Hrsg.), *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook* (S. 177-182). New York: The Guilford Press.
- Andrist, L. C. (2003). Media images, body dissatisfaction, and disordered eating in adolescent women. *MCN*, 28, 119-123.
- APA/American Psychiatric Association (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR* (H. Saß, H.-U. Wittchen, M. Zaudig & I. Houben, Übers.). Göttingen: Hogrefe. (Original erschienen 2000: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Aufl., Textrevision)
- Aschenbrenner, K. (2002). *Subklinische Essstörungen bei Schülern und Studenten*. Unveröffentlichte Dissertation, Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- Austin, S. B. (2000). Prevention research in eating disorders: theory and new directions. *Psychological Medicine*, 30, 1249-1262.
- Babbie, E. & Mouton, J. (2001). *The practice of social research*. Oxford: Oxford University Press.
- Barrett, R. T. J. (1997). Making our own meanings: a critical review of media effects research in relation to the causation of aggression and social skills difficulties in children and anorexia nervosa in young women. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 4, 179-183.
- Bauer, B. G., Anderson, W. P. & Hyatt, R. W. (2002). *Bulimie. Behandlungsanleitung für Therapeuten und Betroffene*. Weinheim: Beltz.
- Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit (n. d.). *Was sind Ess-Störungen? Diagnose – Therapie – Vorbeugung* [Brochure]. München: Autor.
- Beato-Fernandez, L. & Rodriguez-Cano, T. (2005). Gender differences regarding psychopathological, family and social characteristics in adolescents with abnormal eating behavior. *Eating Behaviors*, 6, 337-344.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory – Second Edition. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

- Becker, A. E. & Hamburg, P. (1996). Culture, the media, and eating disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 163-167.
- Becker, P., Jürgensen, R. & Rüddel, H. (2002). Eignen sich die SCL-90-R sowie drei Persönlichkeitsfragebogen für die Differentialdiagnostik von Patienten aus unterschiedlichen diagnostischen Kategorien? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31, 272-283.
- Bell, C. & Cooper, M. J. (2005). Socio-cultural and cognitive predictors of eating disorder symptoms in young adults. *Eating and Weight Disorders*, 10, e97-e100.
- Berger, U., Bormann, B., Brix, C., Sowa, M. & Strauß, B. (2008). Evaluierte Programme zur Prävention von Essstörungen. *Ernährung*, 2, 159-168.
- Berger, U. & Schick, A. (2009). Mit Barbie durch dick und dünn. *Gehirn & Geist*, 6, 46-52.
- Berger, U., Schilke, C. & Strauß, B. (2005). Gewichtssorgen und Diätverhalten bei Kindern in der 3. und 4. Klasse. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 55, 331-338.
- Berger, U., Sowa, M., Bormann, B., Brix, C. & Strauß, B. (2008). Primary prevention of eating disorders: Characteristics of effective programmes and how to bring them to broader dissemination. *European Eating Disorders Review*, 16, 173-183.
- Berkman, N. D., Lohr, K. N. & Bulik, C. M. (2007). Outcomes of eating disorders: a systematic review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 293-309.
- Bessenoff, G. R. (2006). Can the media affect us? Social comparison, self-discrepancy, and the thin ideal. *Psychology of Women Quarterly*, 30, 239-251.
- Beumont, P. J. V. (1995). The clinical presentation of anorexia and bulimia nervosa. In K. D. Brownell & C. G. Fairburn (Hrsg.), *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook* (S. 151-158). New York: The Guilford Press.
- BMG/Bundesministerium für Gesundheit (Juli 2006). *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes* [Broschüre]. Berlin: Autor.
- BMG/Bundesministerium für Gesundheit (29. Juli 2008). *Leben hat Gewicht*. Zugriff am 25.07.2009 unter http://www.bmg.bund.de/cln_160/nn_1168720/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/L/Glossar/begriff-Leben-hat-Gewicht.html
- BMG/Bundesministerium für Gesundheit (November 2008). *Steh zu dir selbst. Denn dein Leben hat Gewicht. Gemeinsam gegen den Schlankheitswahn* [Broschüre]. Berlin: Autor.
- BMG/Bundesministerium für Gesundheit (2009). *Leben hat Gewicht. Gemeinsam gegen den Schlankheitswahn*. Zugriff am 25.07.2009 unter http://www.leben-hat-gewicht.de/cln_100/DE/Home/home__node.html?__nnn=true
- Böhm, B. (1993). *Familiäre Ursachen von Bulimie*. Universität Regensburg: Unveröffentlichte Diplomarbeit.

- Böhmer, S. (2002). Allgemeine Hinweise zur Variablenkodierung. In A. Reusch, C. Zwingmann & H. Faller (Hrsg), *Empfehlungen zum Umgang mit Daten in der Rehabilitationsforschung* (S. 15-22). Regensburg: S. Roderer.
- Bortz, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (6., überarbeitete Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4., überarbeitete Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Borzekowski, D. L. & Bayer, A. M. (2005). Body image and media use among adolescents. *Adolescent Medicine Clinics*, 16, 289-313.
- Braun, D. L., Sunday, S. R., Huang, A. & Halmi, K. A. (1999). More males seek treatment for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 415-424.
- Brotman, D. J., Walker, E., Lauer, M. S. & O'Brien, R. G. (2005). In search of fewer independent risk factors. *Archives of Internal Medicine*, 165, 138-145.
- Brown, A. & Dittmar, H. (2005). Think "thin" and feel bad: the role of appearance schema activation, attention level, and thin-ideal internalization for young women's responses to ultra-thin media ideals. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24, 1088-1113.
- Brownell, K. D. (1991). Dieting and the search for the perfect body: Where physiology and culture collide. *Behavior Therapy*, 22, 1-12.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York: Basic Books.
- Bruch, H. (1980). *Der goldene Käfig. Das Rätsel der Magersucht*. Frankfurt a. M.: S. Fischer.
- Bruch, H. (1991). *Essstörungen. Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Brunner, R. & Resch, F. (2006). Essstörungen – ein zunehmendes Problem bei Kindern und Jugendlichen? *Therapeutische Umschau*, 63, 545-549.
- Bulik, C. M., Tozzi, F., Anderson, C., Mazzeo, S. E., Aggen, S. & Sullivan, P. F. (2003). The relation between eating disorders and components of perfectionism. *American Journal of Psychiatry*, 160, 366-368.
- Bürgin, D. & Steck, B. (2008). Resilienz im Kindes- und Jugendalter (2008). *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 159, 480-489.
- Burrows, A. & Cooper, M. (2002). Possible risk factors in the development of eating disorders in overweight pre-adolescent girls. *International Journal of Obesity*, 26, 1268-1273.

- Byely, L., Bastiani Archibald, A., Graber, J. & Brooks-Gunn, J. (2000). A prospective study of familial and social influences on girls' body image and dieting. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 155-164.
- BZgA/Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2002). *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention*. Zugriff am 13.07.2009 unter <http://www.bzga.de/?uid=ef4f6ad2bf4da9d90722c716a11705fb&id=pressearchiv&jahr=2002&nummer=107>
- BZgA/Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Juli 2008). *Gut drauf. Gefährliches Ziel: Traumbody* [Broschüre]. Berlin: Autor.
- Cafri, G., Yamamiya, Y., Brannick, M. & Thompson, J. K. (2005). The influence of sociocultural factors on body image: a meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 421-433.
- Calogero, R. M., Davis, W. N. & Thompson, J. K. (2004). The Sociocultural Attitudes Toward Appearance Questionnaire (SATAQ-3): reliability and normative comparisons of eating disordered patients. *Body Image*, 1, 193-198.
- Cameron, E. M. & Ferraro, F. R. (2004). Body satisfaction in college women after brief exposure to magazine images. *Perceptual and Motor Skills*, 98, 1093-1099.
- Carter, J. C., Stewart, D. A., Dunn, V. J. & Fairburn, C. G. (1997). Primary prevention of eating disorders: Might it do more harm than good? *International Journal of Eating Disorders*, 22, 167-172.
- Cash, T. F., Cash, D. W. & Butters, J. W. (1983). "Mirror, mirror, on the wall ... ?": contrast effects and self-evaluations of physical attractiveness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 351-358.
- Cash, T. F. & Pruzinsky, T. (Hrsg.). (2002). *Body image. A Handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: The Guilford Press.
- Casper, R. C. & Troiani, M. (2001). Family functioning in anorexia nervosa differs by subtype. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 338-342.
- Cattarin, J. A., Thompson, J. K., Thomas, C. & Williams, R. (2000). Body image, mood, and televised images of attractiveness: the role of social comparison. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 220-239.
- Cervera, S., Lahortiga, F., Martinez-Gonzalez, M. A., Gual, P., de Irala-Estevez, J. & Alonso, Y. (2003). Neuroticism and low self-esteem as risk factors for incident eating disorders in a prospective cohort study. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 271-280.
- Chamay-Weber, C., Narring, F. & Michaud, P.-A. (2005). Partial eating disorders among adolescents: a review. *Journal of Adolescent Health*, 37, 417-427.
- Champion, H. & Furnham, A. (1999). The effect of the media on body satisfaction in adolescent girls. *European Eating Disorders Review*, 7, 213-228.

- Claes, L., Vandereycken, W. & Vertommen, H. (2005). Impulsivity-related traits in eating disorder patients. *Personality and Individual Differences*, 39, 739-749.
- Clay, D., Vignoles, V. L. & Dittmar, H. (2005). Body image and self-esteem among adolescent girls: testing the influence of sociocultural factors. *Journal of Research on Adolescence*, 15, 451-477.
- Cole, D. A. & Maxwell, S. E. (2009). Statistical methods for risk-outcome research: being sensitive to longitudinal structure. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 71-96.
- Comer, R. J. (2001). *Klinische Psychologie* (2. Aufl.) (G. Sartory, Hrsg.). Heidelberg: Spektrum. (Original erschienen 1999: *Abnormal Psychology*)
- Cooley, E. & Toray, T. (2001). Body image and personality predictors of eating disorder symptoms during the college years. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 28-36.
- Cooper, P. J. (1995). Eating disorders and their relationship to mood and anxiety disorders. In K. D. Brownell & C. G. Fairburn (Hrsg.), *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook* (S. 159-164). New York: The Guilford Press.
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, M. & Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Cooper, Z. & Fairburn, C. (1987). The Eating Disorder Examination: a semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 1-8.
- Crago, M., Shisslak, C. M. & Ruble, A. (2002). Protective factors in the development of eating disorders. In R. H. Striegel-Moore & L. Smolak (Hrsg.), *Eating disorders. Innovative directions in research and practice* (S. 75-89). Washington: American Psychological Association.
- Crockett, L. J., Schulenberg, J. E. & Petersen, A. C. (1987). Congruence between objective and self-report data in a sample of young adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 2, 383-392.
- Cuntz, U. & Hillert, A. (2003). *Essstörungen. Ursachen, Symptome, Therapien* (3. Aufl.). München: C. H. Beck.
- Curtis, W. J. & Cicchetti, D. (2003). Moving research on resilience into the 21st century: theoretical and methodological considerations in examining the biological contributors to resilience. *Development and Psychopathology*, 15, 773-810.
- Dannigkeit, N. (2004). *Wie wirksam ist die Prävention von Essstörungen langfristig?*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Bielefeld.
- Dannigkeit, N., Köster, G. & Tuschen-Caffier, B. (2005). Ist primäre Prävention von Essstörungen langfristig wirksam? Ergebnisse zur Evaluation eines Trainingsprogramms an Schulen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 13, 79-91.

- Delinsky, S. S. (2005). Cosmetic surgery: a common and accepted form of self-improvement? *Journal of Applied Social Psychology*, 35, 2012-2028.
- Derenne, J. L. & Beresin, E. V. (2006). Body image, media, and eating disorders. *Academic Psychiatry*, 30, 257-261.
- Deusinger, I. M. (1986). *Die Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN). Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2004). *Essstörungen. Suchtmedizinische Reihe, Band 3*. Hamm: Autor.
- DGVT/Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (2009). *DGVT: Fragen an die Gesundheitspolitiker/innen anlässlich der bevorstehenden Bundestagswahl*. Zugriff am 12.07.2009 unter [http://www.dgvt.de/1473.html?&tx_ttnews\[cat\]=264&tx_ttnews\[year\]=2009&tx_ttnews\[month\]=07&tx_ttnews\[day\]=10&tx_ttnews\[tt_news\]=2092&tx_ttnews\[backPid\]=1473&cHash=ee0100a360](http://www.dgvt.de/1473.html?&tx_ttnews[cat]=264&tx_ttnews[year]=2009&tx_ttnews[month]=07&tx_ttnews[day]=10&tx_ttnews[tt_news]=2092&tx_ttnews[backPid]=1473&cHash=ee0100a360)
- DGVT/Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (2010). *Präventionsbericht 2009 der gesetzlichen Krankenkassen*. Zugriff am 22.08.2010 unter [http://www.dgvt.de/1455.html?&no_cache=1&tx_ttnews\[swords\]=Pr%E4ventionsgesetz&tx_ttnews\[cat\]=0&tx_ttnews\[year\]=2010&tx_ttnews\[month\]=01&tx_ttnews\[day\]=28&tx_ttnews\[tt_news\]=2212&tx_ttnews\[backPid\]=1455&cHash=4de45eb437](http://www.dgvt.de/1455.html?&no_cache=1&tx_ttnews[swords]=Pr%E4ventionsgesetz&tx_ttnews[cat]=0&tx_ttnews[year]=2010&tx_ttnews[month]=01&tx_ttnews[day]=28&tx_ttnews[tt_news]=2212&tx_ttnews[backPid]=1455&cHash=4de45eb437)
- Diehl, J. M. & Staufenbiel, T. (2007). *Statistik mit SPSS für Windows Version 15*. Eschborn: Klotz.
- Diekmann, A. (2007). *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen* (17. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Diezemann, N. (2005). *Die Kunst des Hungerns. Anorexie in literarischen und medizinischen Texten um 1900*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Hamburg.
- Dittmar, H. & Howard, S. (2004). Thin-ideal internalization and social comparison tendency as moderators of media models' impact on women's body-focused anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 768-791.
- Dobmeyer, A. C. & Stein, D. M. (2003). A prospective analysis of eating disorder risk factors: drive for thinness, depressed mood, maladaptive cognitions, and ineffectiveness. *Eating Behaviors*, 4, 135-147.
- Duggan, S. J. & McCreary, D. R. (2004). Body image, eating disorders, and the drive for muscularity in gay and heterosexual men: the influence of media images. *Journal of Homosexuality*, 47, 45-58.
- Durkin, S. J. & Paxton, S. J. (2002). Predictors of vulnerability to reduced body image satisfaction and psychological wellbeing in response to exposure to idealized female media images in adolescent girls. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 995-1005.
- Durkin, S. J., Paxton, S. J. & Sorbello, M. (2007). An integrative model of the impact of exposure to idealized female images on adolescent girls' body satisfaction. *Journal of Applied Social Psychology*, 37, 1092-1117.

- Eddy, K. T., Keel, P. K., Dorer, D. J., Delinsky, S. S., Franko, D. L. & Herzog, D. B. (2002). Longitudinal comparison of anorexia nervosa subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 191-201.
- Egle, U. T., Hoffmann, S. O. & Steffens, M. (1997). Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter. Gegenwärtiger Stand der Forschung. *Nervenarzt*, 68, 683-695.
- Eisenberg, M. E., Neumark-Sztainer, D. Story, M. & Perry, C. (2005). The role of social norms and friends' influences on unhealthy weight-control behaviors among adolescent girls. *Social Science & Medicine*, 60, 1165-1173.
- Elgin, J. & Pritchard, M. (2006). Gender differences in disordered eating and its correlates. *Eating and Weight Disorders*, 11, e96-e101.
- Engeln-Maddox, R. (2005). Cognitive responses to idealized media images of women: the relationship of social comparison and critical processing to body image disturbance in college women. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24, 1114-1138.
- Engeln-Maddox, R. (2006). Buying a beauty standard or dreaming of a new life? Expectations associated with media ideals. *Psychology of Women Quarterly*, 30, 258-266.
- Fairburn, C. G. (1995). The prevention of eating disorders. In K. D. Brownell & C. G. Fairburn (Hrsg.), *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook* (S. 289-293). New York: The Guilford Press.
- Fairburn, C. G. & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders. Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363-370.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., Norman, P. & O'Connor, M. (2000). The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Archives of General Psychiatry*, 57, 659-665.
- Fairburn, C. G. & Harrison, P. J. (2003). Eating Disorders. *Lancet*, 361, 407-416.
- Fairburn, C. G., Stice, E., Cooper, Z., Doll, H. A., Norman, P. A. & O'Connor, M. (2003). Understanding persistence in bulimia nervosa: a 5-year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 103-109.
- Feighner, J. P., Robins, E., Guze, S. B., Woodruff, R. A., Winokur, G. & Munoz, R. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26, 57-63.
- Festinger, L. A. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7, 117-140.
- Fichter, M. M., Quadflieg, N. & Hedlund, S. (2006). Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 87-100.

- Field, A. E., Cheung, L., Wolf, A. M., Herzog, D. B., Gortmaker, S. L. & Colditz, G. A. (1999). Exposure to the mass media and weight concerns among girls. *Pediatrics*, 103, 1-5.
- Fingeret, M. C. & Gleaves, D. H. (2004). Sociocultural, feminist, and psychological influences on women's body satisfaction: a structural modeling analysis. *Psychology of Women Quarterly*, 28, 370-380.
- Fister, S. M. & Smith, G. T. (2004). Media effects on expectancies: Exposure to realistic female images as a protective factor. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18, 394-397.
- Flick, U. (1996). *Psychologie des technisierten Alltags. Soziale Konstruktion und Repräsentation technischen Wandels in verschiedenen kulturellen Kontexten*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Flick, U. (2007a). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Flick, U. (2007b). Triangulation in der qualitativen Forschung. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (5. Aufl.) (S. 309-318). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Flick, U. (2008). *Triangulation. Eine Einführung* (2. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Forbush, K., Heatherton, T. F. & Keel, P. K. (2007). Relationships between perfectionism and specific disordered eating behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 37-41.
- Franke, A. (2003). *Wege aus dem goldenen Käfig. Anorexie verstehen und behandeln*. Weinheim: Beltz.
- Franke, G. (1995). Die Symptomcheckliste von Derogatis – Deutsche Version – . Weinheim: Beltz.
- Franke, D. L. & Keel, P. K. (2006). Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 26, 769-782.
- Friedman, M. A., Wilfley, D. E., Welch, R. R. & Kuncie, J. T. (1997). Self-directed hostility and family functioning in normal-weight bulimics and overweight binge eaters. *Addictive Behaviors*, 22, 367-375.
- Früh, W. (1998). *Inhaltsanalyse. Theorie und Praxis* (4. überarbeitete Aufl.). Konstanz: UVK Medien.
- Garmezy, N. & Masten, A. S. (1986). Stress, competence, and resilience: common frontiers for therapist and psychopathologist. *Behavior Therapy*, 17, 500-521.
- Garner, D. M. (1991). *Eating Disorder Inventory-2 manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.

- Garner, D. M., Garfinkel, P. E., Schwartz, D. & Thompson, M. (1980). Cultural expectations of thinness in women. *Psychological Reports*, 47, 483-491.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P. & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa und bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Geissner, E. (2005). Risikofaktoren und Präventionsmaßnahmen bei Essstörungen. Editorial. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 13, 41-43.
- Geissner, E. & Schary, K. (2005). Familiäre und soziokulturelle Faktoren bei Essstörungssymptomen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 13, 44-57.
- Gerner, B. & Wilson, P. H. (2005). The relationship between friendship factors and adolescent girls' body image concern, body dissatisfaction, and restrained eating. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 313-320.
- Ghaderi, A. (2001). Review of risk factors for eating disorders: implications for primary prevention and cognitive behavioural therapy. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 30, 57-74.
- Groesz, L. M., Levine, M. P. & Murnen, S. K. (2002). The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: a meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 1-16.
- Grund, K. (2004). *Validierung der Weight Concerns Scale zur Erfassung von Essstörungen*. Universität Trier: Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Guyot, G. W., Fairchild, L. & Hill, M. (1981). Physical fitness, sport participation, body build and self-concept of elementary school-children. *International Journal of Sport Psychology*, 12, 105-116.
- Habermas, T. (1990). *Heißhunger. Historische Bedingungen der Bulimia nervosa*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Halliwel, E. & Dittmar, H. (2004). Does size matter? The impact of model's body size on women's body-focused anxiety and advertising effectiveness. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 104-122.
- Halliwel, E. & Dittmar, H. (2006). Associations between appearance-related self-discrepancies and young women's and men's affect, body satisfaction, and emotional eating: a comparison of fixed-item and participant-generated self-discrepancies. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32, 447-458.
- Halliwel, E. & Harvey, M. (2006). Examination of a sociocultural model of disordered eating among male and female adolescents. *British Journal of Health Psychology*, 11 (Pt 2), 235-248.
- Hargreaves, D. & Tiggemann, M. (2002). The effect of television commercials on mood and body dissatisfaction: the role of appearance-schema activation. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21, 287-308.

- Harris, M. & Cumella, E. J. (2006). Eating disorders across the life span. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 44, 21-26.
- Harrison, K. (2001). Ourselves, our bodies: thin-ideal media, self-discrepancies, and eating disorder symptomatology in adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20, 289-323.
- Hausenblas, H. A., Janelle, C. M., Gardner, R. E. & Focht, B. C. (2004). Viewing physique slides: affective responses of women at high and low drive for thinness. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 45-60.
- Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. (2006). *BDI II – Beck Depressions-Inventar – Manual*. Frankfurt a. M.: Harcourt Test Services GmbH.
- Hawkins, N., Richards, P. S., Granley, H. M. & Stein, D. M. (2004). The impact of exposure to the thin-ideal media image on women. *Eating Disorders*, 12, 35-50.
- Heinberg, L. J. & Thompson, J. K. (1995). Body image and televised images of thinness and attractiveness: a controlled laboratory investigation. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 14, 325-338.
- Heinberg, L. J., Thompson, J. K. & Stormer, S. (1995). Development and validation of the Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 81-89.
- Helfferrich, C. (2005). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (2. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Henderson-King, D., Henderson-King, E. & Hoffmann, L. (2001). Media images and women's self-evaluations: social context and importance of attractiveness as moderators. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 1407-1416.
- Henderson-King, E. & Henderson-King, D. (1997). Media effects on women's body esteem: social and individual difference factors. *Journal of Applied Social Psychology*, 27, 399-417.
- Herpertz, S. (2000a). Anorexia nervosa: Psychoanalytische Therapie. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch: Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie* (2. Aufl.) (S. 474-480). Stuttgart: Thieme.
- Herpertz, S. (2000b). Bulimia nervosa: Psychoanalytische Therapie. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch: Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie* (2. Aufl.) (S. 486-491). Stuttgart: Thieme.
- Herpertz-Dahlmann, B. (2000). Essstörungen. In H. Remschmidt (Hrsg.), *Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung* (S. 244-251). Stuttgart: Thieme.
- Herzog, W., Friederich, H. C., Wild, B., Löwe, B. & Zipfel, S. (2006). Magersucht. *Therapeutische Umschau*, 63, 539-543.

- Higgins, E. T. (1989). Continuities and discontinuities in self-regulatory and self-evaluative processes: a developmental theory relating self and affect. *Journal of Personality*, 57, 407-444.
- Hilbert, A. (2000). *Körperbild bei Frauen mit „Binge-Eating“-Störung*. Unveröffentlichte Dissertation, Philipps-Universität Marburg.
- Hilbert, A. & Munsch, S. (2005). „Binge-Eating“-Störung bei Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 14, 209-221.
- Hilbert, A. & Tuschen-Caffier, B. (2006a). *Eating Disorder Examination. Deutschsprachige Übersetzung*. Münster: Verlag für Psychotherapie.
- Hilbert, A. & Tuschen-Caffier, B. (2006b). *Eating Disorder Examination-Questionnaire. Deutschsprachige Übersetzung*. Münster: Verlag für Psychotherapie.
- Hildebrandt & Kickbusch (2006). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, WHO-autorisierte Übersetzung*. Zugriff am 12.07.2009 unter http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German.
- Hill, A. J. & Pallin, V. (1998). Dieting awareness and low self-worth: related issues in 8-year-old girls. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 405-413.
- Hoek, H. W. (1995). The distribution of eating disorders. In K. D. Brownell & C. G. Fairburn (Hrsg.), *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook* (S. 207-211). New York: The Guilford Press.
- Hoek, H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 389-394.
- Hoek, H. W. & Hoeken, D. van (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 383-396.
- Hölling, H. & Schlack, R. (2007). Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, 794-799.
- Holmstrom, A. J. (2004). The effects of the media on body image: a meta-analysis. *Journal of Broadcasting & Electronic Media*, 48, 196-217.
- Holtmann, M. & Schmidt, M. H. (2004). Resilienz im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, 13, 195-200.
- Hopf, C. (1996). Hypothesenprüfung und qualitative Sozialforschung. In R. Strobl & A. Böttger (Hrsg.), *Wahre Geschichten? Zu Theorie und Praxis qualitativer Interviews* (S. 9-21).
- Hospers, H. J. & Jansen, A. (2005). Why homosexuality is a risk factor for eating disorders in males. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24, 1188-1201.
- HPZ/Heidelberger Präventionszentrum (2009). Zugriff am 25.07.2009 unter <http://www.h-p-z.de/index.asp>

- Hsu, L. K. G. (1989). The gender gap in eating disorders: Why are the eating disorders more common among women? *Clinical Psychology Review*, 9, 393-407.
- Huber, O. (1997). *Das psychologische Experiment: Eine Einführung* (2. ergänzte und korrigierte Aufl.). Bern: Huber.
- Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (2004). Einführung: Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 11-19). Bern: Huber.
- Irving, L. M. (2001). Media exposure and disordered eating: introduction to the special section. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20, 259-269.
- Izard, C. E., Dougherty, F. E., Bloxom, B. M. & Kotsch, W. E. (1974). *The Differential Emotions Scale: A method of measuring the subjective experience of discrete emotions*. Unpublished manuscript, Vanderbilt University.
- Jacobi, C. (1999). *Zur Spezifität und Veränderbarkeit von Beeinträchtigungen des Selbstkonzepts bei Eßstörungen*. Regensburg: S. Roderer.
- Jacobi, C. (2000). Beeinträchtigungen des Selbstkonzepts bei Eßstörungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29, 75-96.
- Jacobi, C., Abascal, L. & Taylor, C. B. (2004). Screening for eating disorders and high-risk behavior: caution. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 280-295.
- Jacobi, C. & Esser, G. (2003). Zur Einteilung von Risikofaktoren bei psychischen Störungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32, 257-266.
- Jacobi, C. & Fittig, E. (2008). Psychosoziale Risikofaktoren. In S. Herpertz, M. de Zwaan & S. Zipfel (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (S. 67-74). Heidelberg: Springer.
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C. & Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130, 19-65.
- Jacobi, C., Morris, L., Beckers, C., Bronisch-Holtze, J., Winter, J., Winzelberg, A. J. & Taylor, C. B. (2005). Reduktion von Risikofaktoren für gestörtes Essverhalten: Adaptation und erste Ergebnisse eines Internet-gestützten Präventionsprogramms. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 13, 92-101.
- Jacobi, C. & Neubert, S. (2005). Psychosoziale Risikofaktoren und aufrechterhaltende Bedingungen von Essstörungen. Ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand. *Psychotherapie*, 10, 73-86.
- Jacobi, C., Paul, T., de Zwaan, M., Nutzinger, D. O. & Dahme, B. (2004). Specificity of self-concept disturbances in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 204-210.
- Jacobi, C., Paul, T., de Zwaan, M., Nutzinger, D. O., Rustenbach, S. J. & Dahme, B. (2003). Wie spezifisch sind Beeinträchtigungen des Selbstkonzepts bei Essstörungen? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32, 31-40.

- Jacobi, C., Paul, T. & Thiel, A. (2004). *Essstörungen. Fortschritte der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Jansen, A. & de Vries, M. (2002). Pre-attentive exposure to the thin female beauty ideal does not affect women's mood, self-esteem and eating behaviour. *European Eating Disorders Review*, 10, 208-217.
- Janssen, J. & Laatz, W. (2005). *Statistische Datenanalyse mit SPSS für Windows* (5. neu bearbeitete und erweiterte Aufl.). Berlin: Springer.
- Johnson, C. & Larson, R. (1982). Bulimia: an analysis of moods and behavior. *Psychosomatic Medicine*, 44, 341-351.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S. & Brook, J. S. (2002). Eating disorders during adolescence and the risk for physical and mental disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 59, 545-552.
- Jones, A. M. & Buckingham, J. T. (2005). Self-esteem as a moderator of the effect of social comparison on women's body image. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24, 1164-1187.
- Jones, J. M., Bennett, S., Olmsted, M. P., Lawson, M. L. & Rodin, G. (2001). Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: a school-based study. *Canadian Medical Association Journal*, 165, 547-552.
- Joshi, R., Herman, C. P. & Polivy, J. (2004). Self-enhancing effects of exposure to thin-body images. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 333-341.
- Kapur, N. (2000). Evaluating risk. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 399-406.
- Kashubeck-West, S., Mintz, L. B. & Saunders, K. J. (2001). Assessment of eating disorders in women. *The Counseling Psychologist*, 29, 662-694.
- Katzmarzyk, P. T. & Davis, C. (2001). Thinness and body shape of Playboy centerfolds from 1978 to 1998. *International Journal of Obesity*, 25, 590-592.
- Kazdin, A., Kraemer, H., Kessler, R., Kupfer, D. & Offord, D. (1997). Contributions of risk-factor research to developmental psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 17, 375-406.
- Keel, P. K., Dorer, D. J., Eddy, K. T., Franko, D., Charatan, D. L. & Herzog, D. B. (2003). Predictors of mortality in eating disorders. *Archives of General Psychiatry*, 60, 179-183.
- Keel, P. K., Klump, K. L., Miller, K. B., McGue, M. & Iacono, W. G. (2005). Shared transmission of eating disorders and anxiety disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 99-105.
- Keel, P. K., Mitchell, J. E., Davis, T. L. & Crow, S. J. (2001). Relationship between depression and body dissatisfaction in women diagnosed with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 48-56.

- Keel, P. K., Mitchell, A. B. & Mitchell, J. E. (1997). Outcome in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 154, 313-321.
- Kelle, U. & Erzberger, C. (2007). Qualitative und quantitative Methoden: kein Gegensatz. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (5. Aufl.) (S. 299-309). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- KiGGS (2009). Zugriff am 22.08.2009 unter <http://www.kiggs.de/>
- Killen, J. D., Taylor, C. B., Hammer, L. D., Litt, I., Wilson, D. M., Rich, T., Hayward, C., Simmonds, B., Kraemer, H. & Varady, A. (1993). An attempt to modify unhealthy eating attitudes and weight regulation practices of young adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 369-384.
- Killen, J. D., Taylor, C. B., Hayward, C., Haydel, K. F., Wilson, D. M., Hammer, L., Kraemer, H., Blair-Greiner, A. & Strachowski, D. (1996). Weight concerns influence the development of eating disorders: a 4-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 936-940.
- Killen, J. D., Taylor, C. B., Hayward, C., Wilson, D. M., Haydel, K. F., Hammer, L. D., Simmonds, B., Robinson, T. N., Litt, I., Varady, A. & Kraemer, H. (1994). Pursuit of thinness and onset of eating disorder symptoms in a community sample of adolescent girls: a three-year prospective analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 227-238.
- Klotter, C. (2002). Gesundheitsförderung – ein Blick zurück. In B. Röhrle (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung. Bd. II* (S. 15-30). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Kohn, M. & Golden, N. H. (2001). Eating disorders in children and adolescents: epidemiology, diagnosis and treatment. *Pediatric Drugs*, 3, 91-99.
- Köppe, E. & Tuschen-Caffier, B. (2002). Psychopathologische Auffälligkeiten und Komorbidität bei Bulimia nervosa. *Verhaltenstherapie*, 12, 47-53.
- Köster, G., Dannigkeit, N. & Tuschen-Caffier, B. (2005). Indizierte Prävention von Essstörungen: Eine Pilotstudie zu einem ambulanten Gruppenprogramm. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 13, 102-107.
- Kraemer, H. C., Kazdin, A. E., Offord, D. R., Kessler, R. C., Jensen, P. S. & Kupfer, D. J. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives of General Psychiatry*, 54, 337-343.
- Kraemer, H. C., Kazdin, A. E., Offord, D. R., Kessler, R. C., Jensen, P. S. & Kupfer, D. J. (1999). Measuring the potency of risk factors for clinical or policy significance. *Psychological Methods*, 4, 257-271.
- Kraemer, H. C., Stice, E., Kazdin, A., Offord, D. & Kupfer, D. (2001). How do risk factors work together? Mediators, moderators, and independent, overlapping, and proxy risk factors. *American Journal of Psychiatry*, 158, 848-856.

- Krauth, C., Buser, K. & Vogel, H. (2002). How high are the costs of eating disorders – anorexia nervosa and bulimia nervosa – for German society? *European Journal of Health Economy*, 3, 244-250.
- Kuckartz, U. (2007). *Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten* (2. aktualisierte und erweiterte Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Laessle, R. G. & Kim, J. (2009). Anorexia Nervosa und Bulimia Nervosa. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 2* (3. Aufl.) (S. 281-299). Heidelberg: Springer.
- Laessle, R. G., Wurmser, H. & Pirke, K. M. (2000). Eßstörungen. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 2* (2. Aufl.) (S. 223-246). Berlin: Springer.
- Lamnek, S. (2005). *Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch* (4. vollständig überarbeitete Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Latner, J. D. & Clyne, C. (2007). The diagnostic validity of the criteria for binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 1-14.
- Laucht, M. (1999). Risiko- vs. Schutzfaktor? Kritische Anmerkungen zu einer problematischen Dichotomie. In G. Opp, M. Fingerle & A. Freytag (Hrsg.), *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz* (S. 303-314). München: Reinhardt Ernst.
- Laucht, M., Esser, G. & Schmidt, M. H. (1997). Wovor schützen Schutzfaktoren? Anmerkungen zu einem populären Konzept der modernen Gesundheitsforschung. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 29, 260-270.
- Lavine, H., Sweeny, D. & Wagner, S. H. (1999). Depicting women as sex objects in television advertising: effects on body dissatisfaction. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25, 1049-1058.
- Leon, G. R., Fulkerson, J. A., Perry, C. L. & Dube, A. (1994). Family influences, school behaviors, and risk for the later development of an eating disorder. *Journal of Youth and Adolescence*, 23, 499-515.
- Leppin, A. (2004). Konzepte und Strategien der Krankheitsprävention. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 31-40). Bern: Huber.
- Levine, M. P. & Harrison, K. (2004). Media's role in the perpetuation and prevention of negative body image and disordered eating. In J. K. Thompson (Hrsg.), *Handbook of eating disorders and obesity* (S. 695-717). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Levine, M. P. & Piran, N. (2002). The prevention of eating disorders: toward a participatory ecology of knowledge, action and advocacy. In R. H. Striegel-Moore & L. Smolak (Hrsg.), *Eating disorders. Innovative directions in research and practice* (S.233-253). Washington: American Psychological Association.

- Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., Moerk, K. C. & Striegel-Moore, R. H. (2002). Gender differences in eating disorder symptoms in young adults. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 426-440.
- Lilenfeld, L. R. R., Wonderlich, S., Riso, L. P., Crosby, R. & Mitchell, J. E. (2006). Eating disorders and personality: a methodological and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 26, 299-320.
- Loken, B. & Peck, J. (2005). The effects of instructional frame on female adolescents' evaluations of larger sized female models in print advertising. *Journal of Applied Social Psychology*, 35, 850-868.
- Luce, K. H., Crowther, J. H. & Pole, M. (2008). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): norms for undergraduate women. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 273-276.
- Luthar, S. S. (1993). Annotation: methodological and conceptual issues in research on childhood resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 441-453.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D. & Becker, B. (2000). The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543-562.
- Luthar, S. S., Sawyer, J. A. & Brown, P. J. (2006). Conceptual issues in studies of resilience. Past, present, and future research. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 105-115.
- Mann, T., Nolen-Hoeksema, S., Huang, K., Burgard, D., Wright, A. & Hanson, K. (1997). Are two interventions worse than none? Joint primary and secondary prevention of eating disorders in college females. *Health Psychology*, 16, 215-225.
- Markland, D. & Oliver, E. J. (2008). The Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-3: a confirmatory factor analysis. *Body Image*, 5, 116-121.
- Markus, H. (1977). Self-schemata and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 63-78.
- Masheb, R. M. & Grilo, C. M. (2000). Binge eating disorder: a need for additional diagnostic criteria. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 159-162.
- Masheb, R. M., Grilo, C. M., Burke-Martindale, C. H. & Rothschild, B. S. (2006). Evaluating oneself by shape and weight is not the same as being dissatisfied about shape and weight: a longitudinal examination in severely obese gastric bypass patients. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 716-720.
- Mayring, P. (1985). Qualitative Inhaltsanalyse. In G. Jüttemann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder* (S. 187-211). Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2003). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (8. Aufl.). Weinheim: Beltz.

- Mayring, P. (2007). Qualitative Inhaltsanalyse. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (5. Aufl.) (S. 468-475). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- McCabe, M. P., Butler, K. & Watt, C. (2007). Media influences on attitudes and perceptions toward the body among adult men and women. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 12, 101-118.
- McCabe, M. P. & Ricciardelli, L. A. (2005). A prospective study of pressures from parents, peers, and the media on extreme weight change behaviors among adolescent boys and girls. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 653-668.
- McCarthy, M. (1990). The thin ideal, depression and eating disorders in women. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 205-215.
- McCormack, H. M., Horne, D. J. & Sheather, S. (1988). Clinical applications of visual analogue scales: a critical review. *Psychological Medicine*, 18, 1007-1019.
- McFarlane, T., McCabe, R. E., Jarry, J., Olmsted, M. P. & Polivy, J. (2001). Weight-related and shape-related self-evaluation in eating-disordered and non-eating-disordered women. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 328-335.
- Meermann, R. & Borgart, E.-J. (2006). *Essstörungen: Anorexie und Bulimie. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutischer Leitfaden für Therapeuten*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Merten, J. & Krause, R. (1993). *DAS (Differentielle Affekt Skala). Arbeiten der Fachrichtung Psychologie, Nr. 173*. Saarbrücken: Universität des Saarlandes.
- Miller, M. N. & Pumariega, A. J. (2001). Culture and eating disorders: a historical and cross-cultural review. *Psychiatry*, 64, 93-110.
- Mills, J. S., Polivy, J., Herman, C. P. & Tiggemann, M. (2002). Effects of exposure to thin media images: evidence of self-enhancement among restrained eaters. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 1687-1699.
- Mitchell, J. E. & Crow, S. (2006). Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 438-443.
- Möller, H.-J., Laux, G. & Deister, A. (2001). *Psychiatrie und Psychotherapie* (2. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Monro, F. J. & Huon, G. F. (2006). Media-portrayed idealized images, self-objectification, and eating behavior. *Eating Behaviors*, 7, 375-383.
- Mosley, P. E. (2009). Bigorexia: bodybuilding and muscle dysmorphia. *European Eating Disorders Review*, 17, 191-198.
- Muise, A. M., Stein, D. G. & Arbess, G. (2003). Eating disorders in adolescent boys: a review of the adolescent and young adult literature. *Journal of Adolescent Health*, 33, 427-435.

- Müller, J. M. (2002). Umgang mit fehlenden Werten. In A. Reusch, C. Zwingmann & H. Faller (Hrsg.), *Empfehlungen zum Umgang mit Daten in der Rehabilitationsforschung* (S. 109-126). Regensburg: S. Roderer.
- Munsch, S. & Biedert, E. (2009). Binge Eating Disorder. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 2* (3. Aufl.) (S. 301-324). Heidelberg: Springer.
- Muris, P., Meesters, C., van de Blom, W. & Mayer, B. (2005). Biological, psychological, and sociocultural correlates of body change strategies and eating problems in adolescent boys and girls. *Eating Behaviors*, 6, 11-22.
- Murray, S. H., Touyz, S. W. & Beumont, P. J. V. (1996). Awareness and perceived influence of body ideals in the media: a comparison of eating disorder patients and the general community. *Eating Disorders*, 4, 33-46.
- Mussell, M. P., Binford, R. B. & Fulkerson, J. A. (2000). Eating disorders: summary of risk factors, prevention programming, and prevention research. *The Counseling Psychologist*, 28, 764-796.
- Myers, P. N. & Biocca, F. A. (1992). The elastic body image: the effect of television advertising and programming on body image distortions in young women. *Journal of Communication*, 42, 108-133.
- Neumark-Sztainer, D., Falkner, N., Story, M., Perry, C., Hannan, P. J. & Mulert, S. (2002). Weight-teasing among adolescents: correlations with weight status and disordered eating behaviors. *International Journal of Obesity*, 26, 123-131.
- O'Connor, T. G. & Rutter, M. (1996). Risk mechanisms in development: some conceptual and methodological considerations. *Developmental Psychology*, 32, 787-795.
- Offermann, C. (2001). *Risikofaktoren der Entstehung von Essstörungen bei Migrantinnen* (Psychologie, Bd. 41). Landau: Verlag Empirische Pädagogik.
- Offord, D. R. & Kraemer, H. C. (2000). Risk factors and prevention. *Evidence-Based Mental Health*, 3, 70-71.
- Oliver, K. K. & Thelen, M. H. (1996). Children's perceptions of peer influence on eating concerns. *Behaviour Therapy*, 27, 25-39.
- Owen, P. R. & Laurel-Seller, E. (2000). Weight and shape ideals: thin is dangerously in. *Journal of Applied Social Psychology*, 30, 979-990.
- Patrick, H., Neighbors, C. & Knee, C. R. (2004). Appearance-related social comparisons: the role of contingent self-esteem and self-perceptions of attractiveness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, 501-514.
- Paul, T. & Thiel, A. (2005). *Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2). Deutsche Version*. Göttingen: Hogrefe.
- Paxton, S. J., Schutz, H. K., Wertheim, E. H. & Muir, S. L. (1999). Friendship clique and peer influences on body image concerns, dietary restraint, extreme weight-loss

- behaviors, and binge eating in adolescent girls. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 255-266.
- Pearson, C. A. & Gleaves, D. H. (2006). The multiple dimensions of perfectionism and their relation with eating disorder features. *Personality and Individual Differences*, 41, 225-235.
- Pearson, J., Goldklang, D. & Striegel-Moore, R. H. (2002). Prevention of eating disorders: challenges and opportunities. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 233-239.
- Pelletier, L. G., Dion, S. & Lévesque, C. (2004). Can self-determination help protect women against sociocultural influences about body image and reduce their risk of experiencing bulimic symptoms? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 61-88.
- Petersen, L.-E. (2005). Der Einfluss von Models in der Werbung auf das Körperselbstbild der Betrachter/innen. *Zeitschrift für Medienpsychologie*, 17, 54-63.
- Pike, K. M. & Rodin, J. (1991). Mothers, daughters, and disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 198-204.
- Pinhas, L., Toner, B. B., Ali, A., Garfinkel, P. E. & Stuckless, N. (1999). The effects of the ideal of female beauty on mood and body satisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 223-226.
- Polivy, J. & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.
- Polivy, J. & Herman, C. P. (2004). Sociocultural idealization of thin female body shapes: an introduction to the special issue on body image and eating disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 1-6.
- Pompili, M., Girardi, P., Tatarelli, G., Ruberto, A. & Tatarelli, R. (2006). Suicide and attempted suicide in eating disorders, obesity and weight-image concern. *Eating Behaviors*, 7, 384-394.
- Pook, M., Tuschen-Caffier, B. & Stich, N. (2002). Evaluation des Fragebogens zum Figurbewusstsein (FFB, deutsche Version des Body Shape Questionnaire). *Verhaltenstherapie*, 12, 116-124.
- Pope, H. G., Katz, D. L. & Hudson, J. I. (1993). Anorexia nervosa and „reverse anorexia“ among 108 male bodybuilders. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 406-409.
- Posavac, S. S. & Posavac, H. D. (2002). Predictors of women's concern with body weight: the roles of perceived self-media ideal discrepancies and self-esteem. *Eating Disorders*, 10, 153-160.
- Posavac, H. D., Posavac, S. S. & Posavac, E. J. (1998). Exposure to media images of female attractiveness and concern with body weight among young women. *Sex Roles*, 38, 187-201.

- Pospeschill, M. (2006). *Statistische Methoden. Strukturen, Grundlagen, Anwendungen in Psychologie und Sozialwissenschaften*. München: Elsevier.
- Presnell, K., Bearman, S. K. & Stice, E. (2004). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent boys and girls: a prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 389-401.
- Rasch, B., Frieze, M., Hofmann, W. & Naumann, E. (2006). *Quantitative Methoden Band 2. Einführung in die Statistik* (2. erweiterte Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Rathner, G. (1996). Soziokulturelle Faktoren für die Entstehung von Essstörungen. *Psycho*, 22, 179-187.
- Renaud, D. & Unz, D. (2006). Die M-DAS – eine modifizierte Version der Differentiellen Affekt Skala zur Erfassung von Emotionen bei der Mediennutzung. *Zeitschrift für Medienpsychologie*, 18, 70-75.
- Richins, M. L. (1991). Social comparison and the idealized images of advertising. *Journal of Consumer Research*, 18, 71-83.
- Rierdan, J. & Koff, E. (1997). Weight, weight-related aspects of body image, and depression in early adolescent girls. *Adolescence*, 32, 615-624.
- Rodgers, R. & Chabrol, H. (2009). Parental attitudes, body image disturbance and disordered eating amongst adolescents and young adults: a review. *European Eating Disorders Review*, 17, 137-151.
- Rodin, J., Striegel-Moore, R. H. & Silberstein, L. R. (1990). Vulnerability and resilience in the age of eating disorders: risk and protective factors for bulimia nervosa. In J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein & S. Weintraub (Hrsg.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (S. 361-383). New York: Cambridge University Press.
- Rosen, J. C. & Gross, J. (1987). Prevalence of weight reducing and weight gaining in adolescent girls and boys. *Health Psychology*, 6, 131-147.
- Rosen, J. C., Jones, A., Ramirez, E. & Waxman, S. (1996). Body Shape Questionnaire: Studies of validity and reliability. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 315-319.
- Rosenbrock, R. (1998). Die Umsetzung der Ottawa Charta in Deutschland. Prävention und Gesundheitsförderung im gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit. *Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung*, P98-201, 1-26.
- Rudolf, M. & Müller, J. (2004). *Multivariate Verfahren. Eine praxisorientierte Einführung mit Anwendungsbeispielen in SPSS*. Göttingen: Hogrefe.
- Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429-448.
- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein & S. Weintraub (Hrsg.), *Risk and*

- protective factors in the development of psychopathology* (S. 181-214). New York: Cambridge University Press.
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 1-12.
- Sands, E. R. & Wardle, J. (2003). Internalization of ideal body shapes in 9-12-year-old girls. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 193-204.
- Sauer, N. E. (2005). Entwicklung und Validierung einer Skala zur Messung von Consumer Sophistication. *Marketing ZFP*, 27, 55-70.
- Schafer, J. L. & Graham, J. W. (2002). Missing data: our view of the state of the art. *Psychological Methods*, 7, 147-177.
- Schemer, C. (2007). Wem Mediens Schönheiten schaden. Die differenzielle Anfälligkeit für negative Wirkungen attraktiver Werbemodells auf das Körperbild junger Frauen. *Zeitschrift für Medienpsychologie*, 19, 58-67.
- Schön, G. (2002). Allgemeine Hinweise zur Skalenberechnung. In A. Reusch, C. Zwingmann & H. Faller (Hrsg), *Empfehlungen zum Umgang mit Daten in der Rehabilitationsforschung* (S. 31-36). Regensburg: S. Roderer.
- Schwartz, D. J., Phares, V., Tantleff-Dunn, S. & Thompson, J. K. (1999). Body image, psychological functioning, and parental feedback regarding physical appearance. *International Journal of Eating Disorders*, 1999, 339-343.
- Shafran, R., Cooper, Z. & Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 773-791.
- Shafran, R. & Fairburn, C. G. (2002). A new ecologically valid method to assess body size estimation and body size dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 458-465.
- Shafran, R., Lee, M., Payne, E. & Fairburn, C. G. (2006). The impact of manipulating personal standards on eating attitudes and behaviour. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 897-906.
- Shapiro, J. R. & Anderson, D. A. (2003). The effects of restraint, gender, and body mass index on the accuracy of self-reported weight. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 177-180.
- Shomaker, L. B. & Furman, W. (2007). Same-sex peers' influence on young women's body image: an experimental manipulation. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26, 871-895.
- Simon, J., Schmidt, U. & Pilling, S. (2005). The health service use and cost of eating disorders. *Psychological Medicine*, 35, 1543-1551.
- Smith, G. T., Hohlstein, L. A. & Atlas, J. G. (1992). Accuracy of self-reported weight: covariation with binger or restrainer status and eating disorder symptomatology. *Addictive Behaviors*, 17, 1-8.

- Smolak, L. & Striegel-Moore, R. H. (2004). Future directions in eating disorder and obesity research. In J. K. Thompson (Hrsg.), *Handbook of eating disorders and obesity* (S. 738-753). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Sobal, J. (1995). Social influences on body weight. In K. D. Brownell & C. G. Fairburn (Hrsg.), *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook* (S. 73-77). New York: The Guilford Press.
- Spitzer, B. L., Henderson, K. A. & Zivian, M. T. (1999). Gender differences in population versus media body sizes: a comparison over four decades. *Sex Roles*, 40, 545-565.
- Steiner, H., Kwan, W., Shaffer, T. G., Walker, S., Miller, S., Sagar, A. et al. (2003). Risk and protective factors for juvenile eating disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12, 38-46.
- Steiner-Adair, C., Sjoström, L., Franko, D. L., Pai, S., Tucker, R., Becker, A. E. & Herzog, D. B. (2002). Primary prevention of risk factors for eating disorders in adolescent girls: learning from practice. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 401-411.
- Steinhausen, H.-C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1284-1293.
- Stice, E. (1994). Review of the evidence for a sociocultural model of bulimia nervosa and an exploration of the mechanisms of action. *Clinical Psychology Review*, 14, 633-661.
- Stice, E. (2002a). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128, 825-848.
- Stice, E. (2002b). Risk factors for eating pathology: recent advances and future directions. In H. Striegel-Moore & L. Smolak (Hrsg.), *Eating disorders. Innovative directions in research and practice* (S. 51-73). Washington: American Psychological Association.
- Stice, E. & Agras, W. S. (1998). Predicting onset and cessation of bulimic behaviors during adolescence: a longitudinal grouping analysis. *Behavior Therapy*, 29, 257-276.
- Stice, E. & Hoffman, E. (2004). Eating disorder prevention programs. In J. K. Thompson (Hrsg.), *Handbook of eating disorders and obesity* (S. 33-57). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Stice, E., Shaw, H. & Marti, C. N. (2007). A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: encouraging findings. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 207-231.
- Stice, E., Spangler, D. & Agras, W. S. (2001). Exposure to media-portrayed thin-ideal images adversely affects vulnerable girls: a longitudinal experiment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20, 270-288.

- Stice, E. & Whitenton, K. (2002). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: a longitudinal investigation. *Developmental Psychology*, 38, 669-678.
- Stormer, S. M. & Thompson, J. K. (1996). Explanations of body image disturbance: a test of maturational status, negative verbal commentary, social comparison, and sociocultural hypotheses. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 193-202.
- Stößel, C. (2008). Arbeitskreis Statistik an der Humboldt-Universität zu Berlin: Guidelines MANOVA - Folien. Zugriff am 20.04.2010 unter <http://www2.hu-berlin.de/psychologie/ingpsycscw/MethWiki/pmwiki.php?n=StatistikWiki>. Guidelines
- Strahan, E. J., Lafrance, A., Wilson, A. E., Ethier, N., Spencer, S. J. & Zanna, M. P. (2008). Victoria's dirty secret: How sociocultural norms influence adolescent girls and women. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34, 288-301.
- Striegel-Moore, R. H. (1995). A feminist perspective on the etiology of eating disorders. In K. D. Brownell & C. G. Fairburn (Hrsg.), *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook* (S. 224-229). New York: The Guilford Press.
- Striegel-Moore, R. H. (1997). Risk factors for eating disorders. *Annals of New York Sciences*, 817, 98-109.
- Striegel-Moore, R. H. & Bulik, C. M. (2007). Risk factors for eating disorders. *American Psychologist*, 62, 181-198.
- Striegel-Moore, R. H. & Cachelin, F. M. (2001). Etiology of eating disorders in women. *The Counseling Psychologist*, 29, 635-661.
- Striegel-Moore, R. H. & Franko, D. L. (2008). Should binge eating disorder be included in the DSM-V? A critical review of the state of the evidence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 306-324.
- Striegel-Moore, R. H., Leslie, D., Petrill, S. A., Garvin, V. & Rosenheck, R. A. (2000). One-year use and cost of inpatient and outpatient services among female and male patients with an eating disorder: evidence from a national database of health insurance claims. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 381-389.
- Striegel-Moore, R. H., Silberstein, L. R. & Rodin, J. (1986). Toward an understanding of risk factors for bulimia. *The American Psychologist*, 41, 246-263.
- Striegel-Moore, R. H. & Smolak, L. (Hrsg.). (2002). *Eating disorders. Innovative directions in research and practice*. Washington: American Psychological Association.
- Sundgot-Borgen, J. (1994). Risk and trigger factors for the development of eating disorders in female elite athletes. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 26, 414-419.
- Taylor, C. B., Bryson, S. W., Altman, T. M., Abascal, L., Celio, A., Cunniff, D., Killen, J. D., Shisslak, C. M., Crago, M., Ranger-Moore, J., Cook, P., Ruble, A. & Olmsted, M. E. (2003). Risk factors for the onset of eating disorders in adolescent

- girls: results of the McKnight longitudinal risk factor study. *American Journal of Psychiatry*, 160, 248-254.
- Taylor, C. B., Bryson, S. W., Luce, K. H., Cunnings, D., Doyle, A. C., Abascal, L. B., Rockwell, R., Dev, P., Winzelberg, A. J. & Wilfley, D. E. (2006). Prevention of eating disorders in at-risk college-age women. *Archives of General Psychiatry*, 63, 881-888.
- The Lancet, Editorial (2007). Is it time for a public-health approach to eating disorders? *Lancet*, 369, 1142.
- The McKnight Investigators (2003). Risk factors for the onset of eating disorders in adolescent girls: results of the McKnight longitudinal risk factor study. *American Journal of Psychiatry*, 160, 248-253.
- Thiel, A., Jacobi, C., Horstmann, S., Paul, T., Nutzinger, D. O. & Schüßler, G. (1997). Eine deutschsprachige Version des Eating Disorder Inventory EDI-2. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 47, 365-376.
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M. & Tattleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty. Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Thompson, J. K. & Stice, E. (2001). Thin-ideal internalization: mounting evidence for a new risk factor for body-image disturbance and eating pathology. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 181-183.
- Thompson, J. K., van den Berg, P. & Roehrig, M. (2004). The Sociocultural Attitudes Towards Appearance Scale-3 (SATAQ-3): development and validation. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 293-304.
- Tiggemann, M., Gardiner, M. & Slater, A. (2000). "I would rather be size 10 than have straight A's": a focus group study of adolescent girls' wish to be thinner. *Journal of Adolescence*, 23, 645-659.
- Tiggemann, M. & McGill, B. (2004). The role of social comparison in the effect of magazine advertisements on women's mood and body dissatisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 23-44.
- Tiggemann, M. & Pickering, A. S. (1996). Role of television in adolescent women's body dissatisfaction and drive for thinness. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 199-203.
- Tiggemann, M. & Stevens, C. (1999). Weight concern across the life-span: relationship to self-esteem and feminist identity. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 103-106.
- Trottier, K., Polivy, J. & Herman, C. P. (2007). Effects of exposure to thin and overweight peers: evidence of social comparison in restrained and unrestrained eaters. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26, 155-172.
- Tuschen-Caffier, B. & Florin, I. (2002). *Teufelskreis Bulimie. Ein Manual zur psychologischen Therapie*. Göttingen: Hogrefe.

- Tuschen-Caffier, B., Pook, M. & Hilbert, A. (2005). *Diagnostik von Essstörungen und Adipositas*. Göttingen: Hogrefe.
- Utter, J., Neumark-Sztainer, D., Wall, M. & Story, M. (2003). Reading magazine articles about dieting and associated weight control behaviors among adolescents. *Journal of Adolescent Health, 32*, 78-82.
- Van den Berg, P., Thompson, J. K., Obremski-Brandon, K. & Coover, M. (2002). The Tripartite Influence model of body image and eating disturbance. A covariance structure modeling investigation testing the mediational role of appearance comparison. *Journal of Psychosomatic Research, 53*, 1007-1020.
- Vandereycken, W., Deth, R. van & Meermann, R. (1992). *Hungerkünstler, Fastenwunder, Magersucht. Eine Kulturgeschichte der Essstörungen*. München: Deutscher Taschenbuchverlag.
- Varnado-Sullivan, P. J., Horton, R. & Savoy, S. (2006). Differences for gender, weight and exercise in body image disturbance and eating disorder symptoms. *Eating and Weight Disorders, 11*, 118-125.
- Vitousek, K. & Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 137-147.
- Waadt, S., Laessle, R. G. & Pirke, K. M. (1992). *Bulimie. Ursachen und Therapie*. Berlin: Springer.
- Wade, T. D., Bulik, C. M. & Kendler, K. S. (2001). Investigation of quality of the parental relationship as a risk factor for subclinical bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 30*, 389-400.
- Wade, T. D., Bulik, C. M., Neale, M. & Kendler, K. S. (2000). Anorexia nervosa and major depression: shared genetic and environmental risk factors. *American Journal of Psychiatry, 157*, 469-471.
- Waller, G., Shaw, J., Hamilton, K., Baldwin, G., Harding, T. & Summer, A. (1994). Beauty is in the eye of the beholder: media influences on the psychopathology of eating problems. *Appetite, 23*, 287.
- Wegener, B. (2007, 29. Oktober). Gesetze gegen den Schönheitswahn. *Mittelbayerische Zeitung*, S. 2.
- Wertheim, E. H., Paxton, S. J. & Blaney, S. (2004). Risk factors for the development of body image disturbances. In J. K. Thompson (Hrsg.), *Handbook of eating disorders and obesity* (S. 463-494). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Wertheim, E. H., Paxton, S. J., Schutz, H. K. & Muir, S. L. (1997). Why do adolescent girls watch their weight? An interview study examining sociocultural pressures to be thin. *Journal of Psychosomatic Research, 42*, 345-355.
- WHO/World Health Organization (2008). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (H. Dilling, W. Mombour & M. H. Schmidt, Übers.). Bern: Huber. (Original erschienen 1992: The

ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines)

- Wilfley, D. E., Bishop, M. E., Wilson, G. T. & Agras, W. S. (2007). Classification of eating disorders: toward DSM-V. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 123-129.
- Wilfley, D. E. & Rodin, J. (1995). Cultural influences on eating disorders. In K. D. Brownell & C. G. Fairburn (Hrsg.), *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook* (S. 78-82). New York: The Guilford Press.
- Wirtz, M. (2004). Über das Problem fehlender Werte: Wie der Einfluss fehlender Informationen auf Analyseergebnisse entdeckt werden kann. *Rehabilitation*, 43, 109-115.
- Wiseman, C. V., Gray, J. J., Mosimann, J. E. & Ahrens, A. H. (1992). Cultural expectations of thinness in women: an update. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 85-89.
- Woodside, D. B. & P. E. Garfinkel (1992). Age of onset in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 31-36.
- Woodside, D. B., Garfinkel, P. E., Lin, E., Goering, P., Kaplan, A. S., Goldbloom, D. S. et. al. (2001). Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community. *American Journal of Psychiatry*, 158, 570-574.
- Woodside, D. B. & Staab, R. (2006). Management of psychiatric comorbidity in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *CNS Drugs*, 20, 655-663.
- Youssef, G., Plancherel, B., Laget, J., Corcos, M., Flament, M. F. & Halfon, O. (2004). Personality trait risk factors for attempted suicide among young women with eating disorders. *European Psychiatry*, 19, 131-139.
- Zeeck, A., Hartmann, A., Sandholz, A. & Joos, A. (2006). Bulimia nervosa. *Therapeutische Umschau*, 63, 535-538.

Benutzte Nachschlagewerke

- Deutsche Gesellschaft für Psychologie (2007). *Richtlinien zur Manuskriptgestaltung* (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Nicol, N. & Albrecht, R. (2004). *Wissenschaftliche Arbeiten schreiben mit Word*. München: Addison-Wesley.
- Reiners, L. (2007). *Stilfibel. Der sichere Weg zum guten Deutsch* (35. Aufl.). München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Wermke, M., Kunkel-Razum, K. & Scholze-Stubenrecht, W. (Hrsg.). (2006). *Duden. Die deutsche Rechtschreibung* (24. neu bearbeitete und erweiterte Aufl.). Mannheim: Bibliographisches Institut & F. A. Brockhaus AG.

7 Anhang

- A: Anschreiben, Kontaktformular und Fragebogenbatterie – Studie 1
- B: Probandeninformation und Einverständniserklärung – Studie 2
- C: Fragebogenbatterie – Studie 2
- D: Computereperiment – Studie 2
- E: Fragebogen Bewertung der Experimentalreize – Studie 2
- F: Interviewleitfaden und Postskriptum – Studie 3
- G: Informationsmaterial (nach Abschluss der Datenerhebung)
- H: Probandeninformation – Studie 3
- I: Kategoriensystem – Studie 3
- J: Codebuch – Studie 3



**Universität
Regensburg**

**Institut für Psychologie
Lehrstuhl für Pädagogische
und Medienpsychologie
Prof. Dr. H. Lukesch**



Versuchsleiterin:
Dipl.-Psych. Katrin Kiehl
Tel.: 0176-23777843
e-mail: katrin.kiehl@web.de

Liebe Teilnehmerin!

Im Rahmen meiner Doktorarbeit an der Universität Regensburg führe ich eine wissenschaftliche Untersuchung über den Zusammenhang von Konsumverhaltensweisen (Ernährung und Mode), Medienkonsum und bestimmten Persönlichkeitsvariablen (Einstellungen, Gefühle, Erfahrungen) durch. Hierfür benötige ich Ihre Hilfe!

Diese Untersuchung wird in zwei Erhebungsphasen stattfinden. In Erhebungsphase 1 werden ca. 500 Studentinnen mittels Fragebogen befragt. Im Laufe des Jahres 2008 wird eine Zufallsauswahl aller Fragebogenteilnehmerinnen von mir erneut kontaktiert und zur Teilnahme an einem kurzen Computereperiment und einem persönlichen Gespräch an die Universität eingeladen (Erhebungsphase 2). Sollten Sie hierfür ausgewählt werden, möchte ich Sie bereits jetzt bitten, mich auch dann bei meiner Datenerhebung zu unterstützen, da ich im Rahmen meiner Doktorarbeit die Ergebnisse aus beiden Erhebungsphasen in Verbindung bringen möchte.

Was haben Sie persönlich von der Teilnahme an der Ihnen vorliegenden Fragebogenerhebung ?

- Jede Teilnehmerin erhält als kleines Dankeschön einen **Gutschein von McDonald's¹** für einen Besuch im **McCafé** im Wert von 5 €.
- Unter allen Nicht-Psychologiestudentinnen werden zusätzlich **30 Kino- und Einkaufsgutscheine** sowie **Werbepräsente** verlost.²
- Psychologiestudentinnen der Universität bekommen für ihre Teilnahme zusätzlich **2 Versuchspersonenstunden** bestätigt.
- Nach Abschluss der Erhebungsphase 2 bekommen Sie ausführliches und spannendes **Informations- und Hintergrundmaterial** zur Studie.
- Sie leisten einen individuellen **Beitrag zum Fortschritt der Wissenschaft!**

Der Fragebogen der ersten Erhebungsphase liegt diesem Schreiben bei und ich bitte Sie, den Fragebogen **alleine** auszufüllen und jede Frage **sorgfältig** und **ehrlich** zu beantworten. **Bitte lassen Sie keine Frage aus**, da dies zu verzerrten Ergebnissen führt. Sollten Sie sich bei einer Frage nicht für eine Antwort entscheiden können oder die Frage als für Sie nicht passend erachten, kreuzen Sie bitte dennoch diejenige Antwortalternative an, die noch am ehesten Ihrer Einschätzung entspricht.

Die Rückgabemöglichkeiten für den Fragebogen entnehmen Sie bitte dem beigefügten **Kontaktformular**. Bitte geben Sie den ausgefüllten Fragebogen zusammen mit der Seite 2 des Kontaktformulars innerhalb von **8 Tagen** (spätestens bis zum 15.02.08) ab!

Alle von Ihnen erfassten Angaben werden ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken benutzt, anonym ausgewertet und selbstverständlich höchst vertraulich behandelt.

Für Ihre Mitarbeit bedanke ich mich herzlich im Voraus!

Ihre

Katrin Kiehl

¹ Mein besonderer Dank gilt Herrn **Frank Mosher** von McDonald's Regensburg für die freundliche Unterstützung.
² Herzlich bedanken möchte ich mich auch bei **Herrn Goldermann** vom Reginakino Regensburg sowie bei den Firmen Bücher **Pustet** und **Lehmanns** Fachbuchhandlung aus Regensburg.

- Kontaktformular/Seite 1 -

Rückgabe des Fragebogens

– An der Universität:

Bitte geben Sie den Fragebogen im verschlossenen Umschlag zu meinen Händen ab, bei **Frau Mader, Sekretariat Prof. Lukesch (Mo-Do 8:00-11:30, Fr 8:00-10:30), Gebäude Philosophie/Theologie, PT, Zi. 3.0.60 B**. Dort erhalten Sie bei Abgabe des Fragebogens auch den McDonald's *McCafé Gutschein*.

– An der Fachhochschule:

Bitte geben Sie den Fragebogen im verschlossenen Umschlag zu meinen Händen ab, bei **Herrn Kränzler, Warenannahme (Mo-Fr 9:00-12:00), Mensagebäude, Raum S-015 (alte! Bibliothek)**. Sobald ich den Fragebogen von Herrn Kränzler in Empfang genommen habe, setze ich mich mit Ihnen wegen der Übergabe des McDonald's *McCafé Gutscheins* in Verbindung (vergessen Sie bitte nicht, das Kontaktformular auszufüllen und mit dem Fragebogen abzugeben!).

- Sollten diese beiden Rückgabemöglichkeiten für Sie nicht in Frage kommen, nehmen Sie bitte Kontakt zu mir auf (meine e-mail Adresse sowie meine Telefonnummer können Sie dem Anschreiben entnehmen). Wir können dann einen individuellen Treffpunkt für die Übergabe des Fragebogens und des Gutscheins vereinbaren.

Für Psychologiestudentinnen gilt zusätzlich: Versuchspersonenstunden

Bitte geben Sie Ihren Versuchspersonenstundenzettel zeitgleich mit dem Fragebogen bei Frau Mader ab. Prof. Lukesch wird Ihnen dann umgehend die 2 Versuchspersonenstunden bestätigen.

Wichtig: Tragen Sie das Ausfülldatum des Fragebogens, die Zahl der Versuchspersonenstunden sowie die Art der Tätigkeit (**“Ausfüllen eines Fragebogens zu Konsumverhaltensweisen”; Dipl.-Psych. Kiehl**) auf Ihrem Versuchspersonenstundenzettel ein, bevor Sie diesen abgeben!!!

- Fortsetzung des Kontaktformulars nächste Seite -

- Kontaktformular/Seite 2 -

Wichtig!!! - Zweite Erhebungsphase -

Sollten Sie für die **zweite Erhebungsphase** ausgewählt werden, sind einige weitere Angaben notwendig, damit ich Sie zwecks einer möglichen Teilnahme erneut kontaktieren kann. Ebenso sind diese Angaben notwendig, damit ich Sie über einen **Gewinn bei der Verlosung** informieren kann. Diese Daten sind nur mir als Versuchsleiterin zugänglich und werden von mir streng vertraulich behandelt. Unmittelbar nach Ablauf der zweiten Erhebungsphase werden diese Daten vernichtet.

Name: _____

e-mail: _____

Handynummer: _____ Festnetzrufnummer: _____

Postanschrift: _____

! Nicht vergessen !: Bitte geben Sie diese
Seite 2 des Kontaktformulars zusammen mit
dem Fragebogen im verschlossenen Umschlag
ab !!!

Fragebogen – Teil 1 Soziodemografische Angaben	Fragen zum Konsumverhalten:
<p>Geburtsdatum (tt/mm/jj): ____/____/____ Testdatum: (tt/mm/jj): ____/____/____</p> <p>Alter: _____</p> <p>Höchster Schulabschluss: _____</p> <p>Studienfach: _____ Semesteranzahl: _____</p> <p>Studentin an welcher Bildungseinrichtung? <input type="radio"/> Uni <input type="radio"/> FH</p> <p>Haben Sie einen Beruf erlernt? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <i>Falls ja, welchen?</i> _____</p> <p>Ist Deutsch Ihre Muttersprache? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <i>Falls nein, wie lange sprechen Sie schon deutsch?</i> _____ Jahre</p> <p>Höchster Schulabschluss des Vaters: _____</p> <p>Höchster Schulabschluss der Mutter: _____</p> <p>Erlerner Beruf des Vaters: _____</p> <p>Erlerner Beruf der Mutter: _____</p> <p>Familienstand: <input type="radio"/> ledig, ohne feste Partnerschaft <input type="radio"/> ledig, mit fester Partnerschaft <input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> geschieden (oder im Trennungsjahr), ohne neue feste Partnerschaft <input type="radio"/> geschieden (oder im Trennungsjahr), mit neuer fester Partnerschaft</p> <p>Familienhintergrund: <input type="radio"/> Eltern leben zusammen <input type="radio"/> Eltern leben getrennt <input type="radio"/> Eltern leben geschieden <input type="radio"/> Ein Elternteil verstorben <input type="radio"/> Beide Elternteile verstorben</p>	<p>Wie viel Euro geben Sie ca. im Monat für Nahrungsmittel aus? _____ Euro</p> <p>Wie oft gehen Sie durchschnittlich im Monat außer Haus essen (Schnellimbiss, Restaurant Mensa, etc.) _____ Mal</p> <p>Nennen Sie Ihren bevorzugten Supermarkt: _____</p> <p>Wie oft im Monat kaufen Sie durchschnittlich in Bioläden oder Reformhäusern ein? _____ Mal</p> <p>Gibt es Nahrungsmittel, die Sie meiden? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <i>Falls ja, welche?</i> _____</p> <p>Informieren Sie sich mittels Werbeprospekten oder Werbespots über neue Produkte im Nahrungsmittelsektor? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>Allgemeine medizinische Fragen:</p> <p>Leiden Sie unter einer körperlichen Erkrankung/en? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <i>Falls ja, unter welcher/n?</i> _____</p> <p>Haben Sie schon einmal wegen Schwierigkeiten beim Essen professionelle Hilfe aufgesucht? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <i>Falls ja, wann war das?</i> _____ <i>Falls ja, um welche Hilfe handelte es sich (möglichst genaue Angaben)?</i> _____</p> <p>Haben Sie in den letzten 4 Wochen Alkohol konsumiert? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <i>Falls ja, an wie vielen Tagen (möglichst genaue Angabe)?</i> _____ Tage</p> <p>Pro Trinkgelegenheit: Welche Menge haben Sie durchschnittlich konsumiert (möglichst genaue Angaben)? _____</p> <p>Getränk: _____ Milliliter</p> <p>Getränk: _____ Milliliter</p>
R1	R1
1/25	2/25

<p style="text-align: center;">R1</p> <p>Getränk: _____ Milliliter Getränk: _____ Milliliter</p> <p>Haben Sie in den letzten 4 Wochen Drogen konsumiert? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <i>Falls ja, welche Drogen?</i> _____ <i>An wie vielen Tagen (möglichst genaue Angabe)?</i> _____</p> <p>Nehmen Sie derzeit psychoaktive Medikamente (Psychopharmaka) ein? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <i>Falls ja, welche Medikamente (möglichst mit Namen)?</i> _____ <i>Wogegen?</i> _____ <i>Seit wann nehmen Sie diese Medikamente ein?</i> _____</p> <p>Haben Sie in den letzten 4 Wochen Entwässerungsmittel konsumiert? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <i>Falls ja, an wie vielen Tagen (möglichst genaue Angabe)?</i> _____</p> <p style="text-align: center;">Wichtig!!</p> <p>Das folgende Kennwort dient dazu, Ihre Daten zu anonymisieren. Zu Beginn jedes Fragebogens werden Sie gebeten, dieses Kennwort erneut einzusetzen, so dass die einzelnen Fragebogenanteile wieder eindeutig zugeordnet werden können.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="background-color: #d3d3d3;">Der Tag Ihrer Geburt (z. B. 07)</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #d3d3d3;">Erster Buchstabe des Vornamen Ihrer Mutter (z. B. B)</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #d3d3d3;">Erster Buchstabe des Vornamen Ihres Vaters (z. B. G)</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #d3d3d3;">Ihre Hausnummer (z. B. 04)</td> </tr> </table> <p>Ihr Kennwort lautet somit: _____</p> <p style="text-align: right;">3/25</p>	Der Tag Ihrer Geburt (z. B. 07)	Erster Buchstabe des Vornamen Ihrer Mutter (z. B. B)	Erster Buchstabe des Vornamen Ihres Vaters (z. B. G)	Ihre Hausnummer (z. B. 04)	<p style="text-align: center;">R1</p> <p style="text-align: center;">Vielen Dank!</p> <p style="text-align: center;">Jetzt geht es weiter mit den Fragebogenanteilen 2-8</p> <p style="text-align: center;">Bitte denken Sie daran, Ihr <u>Kennwort</u> zu Beginn jedes Fragebogens erneut einzutragen!</p> <p style="text-align: right;">4/25</p>
Der Tag Ihrer Geburt (z. B. 07)					
Erster Buchstabe des Vornamen Ihrer Mutter (z. B. B)					
Erster Buchstabe des Vornamen Ihres Vaters (z. B. G)					
Ihre Hausnummer (z. B. 04)					

R1

Fragebogen – Teil 2

Ihr Kennwort: _____

Bitte kreuzen Sie an, wie stark die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen:

- Um wie viel mehr oder weniger als andere Mädchen / junge Frauen Ihres Alters machen Sie sich Gedanken um Ihr Gewicht und Ihre Figur?

1. Ich mache mir viel weniger Gedanken als andere Frauen.
 2. Ich mache mir etwas weniger Gedanken als andere Frauen.
 3. Ich mache mir ungefähr genauso viele Gedanken wie andere Frauen.
 4. Ich mache mir etwas mehr Gedanken als andere Frauen.
 5. Ich mache mir viel mehr Gedanken als andere Frauen.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Wie viel Angst haben Sie davor, 3 Pfund zuzunehmen?

1. Ich habe überhaupt keine Angst zuzunehmen.
 2. Ich habe etwas Angst zuzunehmen.
 3. Ich habe mäßige Angst zuzunehmen.
 4. Ich habe große Angst zuzunehmen.
 5. Ich habe Panik davor zuzunehmen.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Wann haben Sie zum letzten Mal eine Diät gemacht?

1. Ich habe noch nie eine Diät gemacht.
 2. Ich habe vor etwa einem Jahr eine Diät gemacht.
 3. Ich habe vor etwa 6 Monaten eine Diät gemacht.
 4. Ich habe vor etwa 3 Monaten eine Diät gemacht.
 5. Ich habe vor etwa einem Monat eine Diät gemacht.
 6. Ich habe vor weniger als einem Monat eine Diät gemacht.
 7. Ich mache zur Zeit eine Diät.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Im Vergleich zu anderen Dingen in Ihrem Leben, wie wichtig ist Ihr Gewicht für Sie?

1. Mein Gewicht ist nicht wichtig im Vergleich zu anderen Dingen in meinem Leben.
 2. Mein Gewicht ist etwas wichtiger als manche andere Dinge in meinem Leben.
 3. Mein Gewicht ist wichtiger als die meisten, aber nicht alle Dinge in meinem Leben.
 4. Mein Gewicht ist das Wichtigste in meinem Leben.

☐ ☐ ☐ ☐
- Kommt es vor, dass Sie sich zu dick fühlen?

1. Nie.
 2. Selten.
 3. Manchmal.
 4. Oft.
 5. Immer.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(nach Gaud2003)

5/25

R1

Fragebogen -Teil 3

Ihr Kennwort: _____

Die folgenden Aussagen sollen Ihre Gefühle, Einstellungen und Ihr Verhalten erfassen. Einige beziehen sich auf Essen, andere tragen nach Ihrer Selbstschätzung. Bitte entscheiden Sie für jede Aussage, wie oft sie bei Ihnen zutrifft.

Beispiel: Wenn eine Aussage für Sie „immer“ zutrifft, kreuzen Sie bitte die „6“ an.
Trifft eine Aussage nur „selten“ zu, kreuzen Sie bitte die „2“ an.

	nie	selten	manch- mal	oft	normaler- weise	immer
1. Ich esse Süßigkeiten und Kohlenhydrate, ohne nervös zu werden.	1	2	3	4	5	6
2. Ich glaube, mein Bauch ist zu dick.	1	2	3	4	5	6
3. Ich wünsche, ich könnte in die Geborgenheit der Kindheit zurückkehren.	1	2	3	4	5	6
4. Ich esse, wenn ich beunruhigt bin.	1	2	3	4	5	6
5. Ich stopfe mich mit Essen voll.	1	2	3	4	5	6
6. Ich wünsche, ich wäre jünger.	1	2	3	4	5	6
7. Ich denke über Dämonen nach.	1	2	3	4	5	6
8. Ich bekomme Angst, wenn meine Gefühle zu stark werden.	1	2	3	4	5	6
9. Ich denke, meine Oberschenkel sind zu dick.	1	2	3	4	5	6
10. Ich fühle mich als Mensch unfähig.	1	2	3	4	5	6
11. Ich fühle mich sehr schuldig, wenn ich zuviel gegessen habe.	1	2	3	4	5	6
12. Ich denke, dass mein Bauch genau richtig ist.	1	2	3	4	5	6
13. Nur Bestellungen sind in meiner Familie gut genug.	1	2	3	4	5	6
14. Die Kindheit ist die glücklichste Zeit im Leben.	1	2	3	4	5	6
15. Ich lasse meine Gefühle zu.	1	2	3	4	5	6
16. Ich habe fürchterliche Angst, an Gewicht zuzunehmen.	1	2	3	4	5	6
17. Ich vertraue anderen Menschen.	1	2	3	4	5	6
18. Ich fühle mich allein auf dieser Welt.	1	2	3	4	5	6

6/25

© Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen Nachdruck und jegliche Art der Vervielfältigung verboten. Best-Nr. 01 301 03

R1

	nile	saften	manch- mal	oft	normaler- weise	immer
19. Ich bin mit meiner Figur zufrieden.	1	2	3	4	5	6
20. Im Großen und Ganzen glaube ich, Kontrolle über die Dinge in meinem Leben zu haben.	1	2	3	4	5	6
21. Ich bin verwirrt, welche Gefühle ich habe.	1	2	3	4	5	6
22. Ich wäre lieber ein Erwachsener als ein Kind.	1	2	3	4	5	6
23. Ich kann mich mit anderen leicht verständigen.	1	2	3	4	5	6
24. Ich wünsche, ich wäre jemand anderes.	1	2	3	4	5	6
25. Ich messe dem Körpergewicht zuviel Bedeutung bei.	1	2	3	4	5	6
26. Ich nehme meine Gefühle genau wahr.	1	2	3	4	5	6
27. Ich fühle mich unzulänglich.	1	2	3	4	5	6
28. Ich kenne Freizeitmöglichkeiten, bei denen ich das Gefühl hatte, nicht mehr aufhören zu können.	1	2	3	4	5	6
29. Als Kind habe ich mich sehr bemüht, meine Eltern und meine Lehrer nicht zu enttäuschen.	1	2	3	4	5	6
30. Ich habe enge Beziehungen zu anderen Menschen.	1	2	3	4	5	6
31. Ich mag die Form von meinem Po.	1	2	3	4	5	6
32. Ich habe ständig den Wunsch, dünner zu sein.	1	2	3	4	5	6
33. Ich weiß nicht, was in mir vorgeht.	1	2	3	4	5	6
34. Es fällt mir schwer, meine Gefühle anderen gegenüber auszudrücken.	1	2	3	4	5	6
35. Die Anforderungen des Erwachsenendaseins sind zu groß.	1	2	3	4	5	6
36. Ich hasse es, nicht der/die Beste zu sein.	1	2	3	4	5	6
37. Ich bin mir meiner sicher.	1	2	3	4	5	6
38. Ich denke über Freizeitmöglichkeiten nach.	1	2	3	4	5	6
39. Ich bin froh, kein Kind mehr zu sein.	1	2	3	4	5	6
40. Ich weiß nicht genau, ob ich hungrig bin oder nicht.	1	2	3	4	5	6
41. Ich hatte nicht viel von mir.	1	2	3	4	5	6
42. Ich denke, ich kann meine mir gesteckten Ziele erreichen.	1	2	3	4	5	6
43. Meine Eltern haben Hervorragendes von mir erwartet.	1	2	3	4	5	6
44. Ich befürchte, meine Gefühle könnten außer Kontrolle geraten.	1	2	3	4	5	6
45. Ich denke, meine Hüften sind zu breit.	1	2	3	4	5	6
46. Ich esse geizig in Gegenwart anderer und stopple mich voll, wenn sie weg sind.	1	2	3	4	5	6
47. Ich fühle mich aufgebläht, wenn ich eine ganz normale Mahlzeit gegessen habe.	1	2	3	4	5	6

7/25

R1

	nile	saften	manch- mal	oft	normaler- weise	immer
48. Ich denke, dass die Menschen als Kinder am glücklichsten sind.	1	2	3	4	5	6
49. Wenn ich ein Pfund zunehme, habe ich Angst, dass es so weitergeht.	1	2	3	4	5	6
50. Ich denke, ich bin eine beachtenswerte Person.	1	2	3	4	5	6
51. Wenn ich durcheinander bin, weiß ich nicht, ob ich fräulich, ängstlich oder ängstlich bin.	1	2	3	4	5	6
52. Entweder sollte ich Dinge perfekt machen oder ganz sein lassen.	1	2	3	4	5	6
53. Ich denke daran, Erbrechen auszuprobieren, um abzunehmen.	1	2	3	4	5	6
54. Ich brauche zu anderen Menschen eine gewisse Distanz und fühle mich unwohl, wenn jemand versucht, mir zu nahe zu kommen.	1	2	3	4	5	6
55. Ich denke, meine Oberschenkel sind genau richtig.	1	2	3	4	5	6
56. Ich fühle mich innerlich gefühllos/leer.	1	2	3	4	5	6
57. Ich kann über persönliche Gedanken oder Gefühle sprechen.	1	2	3	4	5	6
58. Die besten Jahre des Lebens sind die, in denen man erwachsen wird.	1	2	3	4	5	6
59. Ich glaube, mein Po ist zu groß.	1	2	3	4	5	6
60. Ich habe Gefühle, die ich kaum benennen kann.	1	2	3	4	5	6
61. Ich esse oder trinke heimlich.	1	2	3	4	5	6
62. Ich glaube, meine Hüften sind genau richtig.	1	2	3	4	5	6
63. Ich habe sehr hochgesteckte Ziele.	1	2	3	4	5	6
64. Wenn ich beunruhigt bin, habe ich Angst, dass ich mit Essen anfangs.	1	2	3	4	5	6

8/25

- Fortsetzung nächste Seite -

R1

Fragebogen - Teil 4

Ihr Kennwort: _____

Anleitung

Im folgenden finden Sie Feststellungen zu Situationen des Alltags. Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch und entscheiden Sie, in welchem Ausmaß die Aussage auf Sie zutrifft oder nicht zutrifft. Es gibt für Sie sechs verschiedene Antwortmöglichkeiten. Die Aussage „trifft sehr zu“ (1), „trifft zu“ (2), „trifft etwas zu“ (3), „trifft eher nicht zu“ (4), „trifft nicht zu“ (5), „trifft gar nicht zu“ (6). Kreuzen Sie bitte das für Sie entsprechende Kästchen an. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

Beispiel

Ich neige dazu, mir mit Problemen den Kopf zu zerbrechen.

Wenn für Sie für die Aussage „Ich neige dazu, mir mit Problemen den Kopf zu zerbrechen“ die Antwort „trifft zu“ am besten passt, kreuzen Sie bitte das Kästchen mit „trifft zu“ (2) an.

trifft sehr zu	trifft zu	trifft etwas zu	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
1	2	3	4	5
		<input checked="" type="checkbox"/>		

Haben Sie noch irgendwelche Fragen? Bitte antworten Sie zügig, und entscheiden Sie sich umgehend für eine Antwort. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

10/25

R1

	nie	selten	manchmal	oft	normalerweise	immer
65. Menschen, die ich wirklich mag, enttäuschen mich letztlich immer.	1	2	3	4	5	6
66. Ich schäme mich meiner transsexuellen Schwäche.	1	2	3	4	5	6
67. Andere Menschen würden mich als emotional instabil bezeichnen.	1	2	3	4	5	6
68. Ich wünsche, ich hätte meine körperlichen Bedürfnisse völlig unter Kontrolle.	1	2	3	4	5	6
69. Ich fühle mich in den meisten Gruppensituationen entspannt.	1	2	3	4	5	6
70. Ich sage spontan Dinge, die ich dann bereue.	1	2	3	4	5	6
71. Ich setze alles daran, mich zu vergnügen.	1	2	3	4	5	6
72. Ich muss auf meine Neigung zum Medikamenten- oder Drogenmissbrauch achten.	1	2	3	4	5	6
73. Ich bin den meisten Menschen gegenüber kontaktfreudig.	1	2	3	4	5	6
74. Ich fühle mich in Beziehungen wie gefangen.	1	2	3	4	5	6
75. Selbstverleugung gibt mir das Gefühl, geistig stärker zu sein.	1	2	3	4	5	6
76. Die Menschen verstehen meine wirklichen Probleme.	1	2	3	4	5	6
77. Ich habe seltsame Gedanken, die ich nicht loswerden kann.	1	2	3	4	5	6
78. Essen aus Genuss ist ein Zeichen moralischer Schwäche.	1	2	3	4	5	6
79. Ich neige zu Zorn und Wutausbrüchen.	1	2	3	4	5	6
80. Ich habe das Gefühl, von Menschen die Anerkennung zu bekommen, die ich verdiene.	1	2	3	4	5	6
81. Ich muss auf meinen Hang zum Alkoholmissbrauch achten.	1	2	3	4	5	6
82. Ich glaube, Entspannung ist einfach Zielschwendung.	1	2	3	4	5	6
83. Andere Menschen würden mich als leicht reizbar bezeichnen.	1	2	3	4	5	6
84. Ich habe das Gefühl, dass ich überall zu kurz komme.	1	2	3	4	5	6
85. Ich erlebe erhebliche Stimmungsschwankungen.	1	2	3	4	5	6
86. Meine körperlichen Bedürfnisse sind mir peinlich.	1	2	3	4	5	6
87. Ich bin lieber allein als mit anderen zusammen.	1	2	3	4	5	6
88. Durch Lachen wird man ein besserer Mensch.	1	2	3	4	5	6
89. Ich weiß, dass andere Menschen mich lieben.	1	2	3	4	5	6
90. Ich verspreche den Drogen, mir selbst oder anderen Menschen weh zu tun.	1	2	3	4	5	6
91. Ich habe das Gefühl, dass ich wirklich weiß, wer ich bin.	1	2	3	4	5	6

9/25

R1		R1	
stimmt sehr zu	stimmt zu	stimmt eher nicht zu	stimmt gar nicht zu
1	2	3	4
5	6	7	8
<p>1. Es fällt mir schwer, meine Meinung vor einer größeren Gruppe zu vertreten.</p>			
<p>2. Wenn ich mich in einer Gruppe befinde, traue ich mich nicht, etwas zu sagen.</p>			
<p>3. Ich bin ein feilscher Mensch.</p>			
<p>4. Ich habe wenig Ansehen bei meiner Familie.</p>			
<p>5. Ich fühle mich als Person meinen Freunden unterlegen.</p>			
<p>6. Ich bin sensibler, als es für mich gut ist.</p>			
<p>7. Ich bin bestimmt so leistungsfähig und intelligent wie andere.</p>			
<p>8. Manchmal glaube ich, daß ich zu überhaupt nichts gut bin.</p>			
<p>9. Ich fühle mich als Versager, wenn ich von dem Erfolg eines Bekannten höre.</p>			
<p>10. Wenn ich den Eindruck habe, daß mir jemand geistig überlegen ist, gehe ich ihm aus dem Weg.</p>			
<p>11. Ich sehe der Zukunft hoffnungsvoll entgegen.</p>			
<p>12. Ich bin ein Niemand.</p>			
<p>13. Ich versuche, vor meinen Problemen davonzulaufen.</p>			
<p>14. Ich kann anderen in der Regel vertrauen.</p>			
<p>15. Ich habe eine gute Art, mit anderen umzugehen.</p>			
<p>16. Ich verliere leicht den Kopf.</p>			
<p>17. Ich versichte mich.</p>			
<p>18. Ich habe Schwierigkeiten, meine Meinung in einer Gruppe zu äußern, auch wenn ich etwas Wichtiges zu sagen habe.</p>			
<p>19. Es fällt mir schwer, einer Gruppe gegenüber eine gegensätzliche Auffassung zu vertreten.</p>			
<p>20. Ich bin mit meinen eigenen Leistungen zufrieden.</p>			
<p>21. Eigentlich bin ich mit mir ganz zufrieden.</p>			
<p>22. Es gibt Menschen, gegenüber denen ich mich für zu unwichtig halte, als daß ich mich um ihre Bekanntschaft bemühen würde.</p>			
<p>23. Ich wünsche, ich würde nicht so schnell aufgeben.</p>			
<p>24. Ich zweifle, ob man meine Meinung auch ernst nimmt, vor allem, wenn ich selbst in der Sache noch nicht ganz sicher bin.</p>			
<p>25. Ich kann mit meinen persönlichen Problemen gut fertig werden.</p>			
<p>26. Es fällt mir leicht, Kontakte mit anderen Menschen zu bekommen.</p>			
<p>11/25</p>			

R1		R1	
stimmt sehr zu	stimmt zu	stimmt eher nicht zu	stimmt gar nicht zu
1	2	3	4
5	6	7	8
<p>27. Was ich mir vorgenommen habe, kann ich auch erreichen.</p>			
<p>28. Manchmal wünsche ich, ich wäre nicht geboren.</p>			
<p>29. Ich werde auch in Zukunft meine Probleme meistern.</p>			
<p>30. Ich bin eigentlich ziemlich sicher in der Einschätzung meiner Fähigkeiten.</p>			
<p>31. Ich kann Auffassungen von Bekannten oft nicht zustimmen, habe aber Hemmungen, meine Kritik offen vorzubringen.</p>			
<p>32. Wenn ich so zurückdenke, kann ich mich an mehr Erfolge als an Mißerfolge erinnern.</p>			
<p>33. Es ist mir sehr wichtig, daß ich stets einen guten Eindruck mache.</p>			
<p>34. Meine Familie vertraut mir wenig.</p>			
<p>35. Ich habe das Gefühl, daß ich für manche Menschen nicht interessant genug bin, um mit ihnen befreundet zu sein.</p>			
<p>36. Ich verrete meine Meinung auch konsequent in der Gruppe, die nicht mit mir übereinstimmt.</p>			
<p>37. Im großen und ganzen neige ich dazu, mich für einen Versager zu halten.</p>			
<p>38. Ich würde mich sicherer fühlen, wenn ich nicht so verschieden von anderen wäre.</p>			
<p>39. Ich habe öfters das Bedürfnis, mich für mein Verhalten zu entschuldigen.</p>			
<p>40. Ich wollte ich könnte mehr Achtung vor mir haben.</p>			
<p>41. Ich habe Schwierigkeiten, Sexualität und Liebe miteinander zu verbinden.</p>			
<p>42. Ich kann mich in den meisten Fällen schnell und sicher entscheiden.</p>			
<p>43. Um sympathisch zu wirken, bin ich eher so, wie mich andere haben wollen, als wie ich selbst sein möchte.</p>			
<p>44. Ich schreie mich nicht; allein in einem Raum zu gehen, in dem andere Leute bereits zusammenstehen und sich unterhalten.</p>			
<p>45. Ich kann in jeder Situation für mich selbst sorgen.</p>			
<p>46. Wenn ich anderer Meinung bin, widerspreche ich auch Autoritätspersonen.</p>			
<p>47. Was ich mir auch vornehme, stets habe ich Schwierigkeiten, es zu erreichen, meistens schaffe ich es nicht.</p>			
<p>48. Ich wünsche, ich wäre vertrauenswürdiger.</p>			
<p>49. Ich fühle mich von meiner Familie geliebt.</p>			
<p>50. Manchmal fühle ich mich zu nichts nütze.</p>			
<p>51. Oft bin ich recht leinisch.</p>			
<p>52. Ich kann wichtige Entscheidungen ohne Hilfe treffen.</p>			
<p>12/25</p>			

R1

Fragebogen - Teil 5

Ihr Kennwort: _____

Die folgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf die letzten vier Wochen (28 Tage). Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und beantworten Sie alle Fragen. Vielen Dank!

Fragen 1 – 12: Bitte umkreisen Sie die zutreffende Zahl rechts daneben. Denken Sie daran, dass sich die Fragen nur auf die letzten 4 Wochen (28 Tage) beziehen.

AN WIE VIELEN DER LETZTEN 28 TAGE ...	kein Tag	1–5 Tage	6–12 Tage	13–15 Tage	16–20 Tage	21–27 Tage	jeden Tag
1. Haben Sie bewusst versucht, die Nahrungsmenge, die Sie essen, zu begrenzen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)?	0	1	2	3	4	5	6
2. Haben Sie über längere Zeiträume (8 Stunden oder mehr) überhaupt nichts gegessen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen?	0	1	2	3	4	5	6
3. Haben Sie versucht, Nahrungsmittel, die Sie mögen, von Ihrer Ernährung auszuschließen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)?	0	1	2	3	4	5	6
4. Haben Sie versucht, festgelegte Regeln hinsichtlich Ihres Essens (z. B. eine Kaloriengrenze) zu befolgen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)?	0	1	2	3	4	5	6
5. Hatten Sie den deutlichen Wunsch, einen leeren Magen zu haben, mit dem Ziel, Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen?	0	1	2	3	4	5	6
6. Hatten Sie den deutlichen Wunsch, einen völlig flachen Bauch zu haben?	0	1	2	3	4	5	6
7. Hat das Nachdenken über Nahrung, Essen oder Kalorien Sie Ihnen sehr schwer gemacht, sich auf Dinge zu konzentrieren, die Sie interessieren (z. B. arbeiten, einem Gespräch folgen oder lesen)?	0	1	2	3	4	5	6
8. Hat das Nachdenken über Figur oder Gewicht es Ihnen sehr schwer gemacht, sich auf Dinge zu konzentrieren, die Sie interessieren (z. B. arbeiten, einem Gespräch folgen oder lesen)?	0	1	2	3	4	5	6
9. Hatten Sie eine deutliche Angst, die Kontrolle über das Essen zu verlieren?	0	1	2	3	4	5	6
10. Hatten Sie eine deutliche Angst, dass Sie an Gewicht zunehmen könnten?	0	1	2	3	4	5	6
11. Haben Sie sich dick gefühlt?	0	1	2	3	4	5	6
12. Hatten Sie einen starken Wunsch abzunehmen?	0	1	2	3	4	5	6

(nach Hilbert & Tuschen-Caffier, 2006)

14/25

R1

53. In einer Gruppe fühle ich mich nicht so sicher, da den anderen meist mehr einfallt als mir.	1	2	3	4	5	6
54. Es macht mir Angst, wenn sich jemand aktiv um mich bemüht.	1	2	3	4	5	6
55. Es berührt mich, wenn ich den Eindruck erhalte, daß jemand eine andere Auffassung hat als ich.	1	2	3	4	5	6
56. Meine Gefühle sind leicht verletzbar.	1	2	3	4	5	6
57. Ich habe bei vielen Freunden Angst, daß sie mich alleine lassen, wenn ich sie brauchte.	1	2	3	4	5	6
58. Ich bin zu empfindlich.	1	2	3	4	5	6
59. Ich glaube, daß ich in den meisten Fällen mein Verhalten vor mir rechtfertigen kann.	1	2	3	4	5	6
60. Meine persönlichen Probleme sind dazu da, um von mir gelöst zu werden.	1	2	3	4	5	6
61. Ich habe Schwierigkeiten, das zu tun, was richtig ist.	1	2	3	4	5	6
62. Ich sollte höflicher zu anderen sein.	1	2	3	4	5	6
63. Ich richte mich in meinem Leben zu sehr nach den Auffassungen anderer.	1	2	3	4	5	6
64. Wenn ich mich mit anderen Menschen meines Alters vergleiche, schneide ich eigentlich ganz gut ab.	1	2	3	4	5	6
65. Wenn ich so zurückstehe, kann ich mich an viel mehr Misserfolge als an Erfolge erinnern.	1	2	3	4	5	6
66. Um mir keine Feinde zu schaffen, stimme ich häufiger auch Auffassungen und Entscheidungen zu, die ich im Grunde nicht für gut oder vertretbar halte.	1	2	3	4	5	6
67. Ich habe keine Schwierigkeiten zuzugeben, daß ich etwas falsch gemacht habe.	1	2	3	4	5	6
68. Ich kann genauso gut zurechtkommen wie andere.	1	2	3	4	5	6
69. Ich habe Furcht, ich selbst zu sein.	1	2	3	4	5	6
70. Ich bin ziemlich scheu und unsicher im Kontakt mit anderen Menschen.	1	2	3	4	5	6
71. Ich finde mich ganz in Ordnung.	1	2	3	4	5	6
72. Es ängstigt mich nicht, mit fremden Menschen zusammenzutreffen.	1	2	3	4	5	6
73. Mich wirft so schnell nichts aus der Bahn.	1	2	3	4	5	6
74. Ich habe oft das Gefühl, daß Fremde mich kritisch betrachten.	1	2	3	4	5	6
75. Ich bin zufrieden mit mir.	1	2	3	4	5	6
76. Ich kann Anschuldigungen ertragen, ohne gleich aus der Haut zu fahren.	1	2	3	4	5	6
77. Ich glaube, daß ich genauso viel lauge wie andere.	1	2	3	4	5	6
78. Ich habe oft Angst, daß ich im entscheidenden Augenblick versage.	1	2	3	4	5	6

13/25

R1

Fragen 13 – 18: Bitte tragen Sie die passende Zahl rechts daneben ein. Denken Sie daran, dass sich die Fragen nur auf die letzten 4 Wochen (28 Tage) beziehen.

WÄHREND DER LETZTEN VIER WOCHEN (28 TAGE) ...

13. Wie oft haben Sie während der letzten 28 Tage eine Nahrungsmenge gegessen, die andere Menschen als ungewöhnlich groß ansehen würden (unter ähnlichen Umständen)? Mal

14. In wie vielen dieser Situationen, in denen Sie zu viel gegessen haben, hatten Sie das Gefühl, die Kontrolle über Ihr Essverhalten verloren zu haben (während des Essens)? Mal

15. An wie vielen **TAGEN** der letzten 28 Tage ist es vorgekommen, dass Sie eine ungewöhnlich große Nahrungsmenge gegessen haben und das Gefühl hatten, die Kontrolle über Ihr Essverhalten verloren zu haben? Tage

16. Wie oft haben Sie während der letzten 28 Tage Erbrechen selbst herbeigeführt, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu kontrollieren? Mal

17. Wie oft haben Sie während der letzten 28 Tage Abführmittel eingenommen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu kontrollieren? Mal

18. Wie oft haben Sie während der letzten 28 Tage in einer „getriebenen“ oder „zwanghaften“ Weise Sport getrieben, um Ihr Gewicht, Ihre Figur oder den Körperfettanteil zu kontrollieren oder Kalorien zu verbrennen? Mal

R1

Fragen 19 – 21: Bitte markieren Sie die zureichende Zahl. Bitte beachten Sie, dass für diese Fragen der Begriff „Essenfall“ bedeutet, eine Nahrungsmenge zu essen, die andere Menschen unter ähnlichen Umständen als ungewöhnlich groß ansehen würden, basierend auf einem Gefühl des Kontrollverlusts über das Essverhalten.

WÄHREND DER LETZTEN VIER WOCHEN (28 TAGE) ...

19. An wie vielen der letzten 28 Tage haben Sie nicht (d. h. im Verborgenen) gegessen? kein Tag 1–5 Tage 6–12 Tage 13–15 Tage 16–22 Tage 23–27 Tage jeden Tag

20. In wie vielen der Situationen, in denen Sie gegessen haben, hatten Sie wegen der Auswirkungen auf Ihre Figur oder Ihr Gewicht Schuldgefühle (d. h. das Gefühl, etwas Falsches getan zu haben)? (Zählen Sie Essenfälle nicht mit.)

21. Wie beunruhigt waren Sie während der letzten 28 Tage, wenn andere Menschen Sie essen sahen? (Zählen Sie Essenfälle nicht mit.)

R1

Fragen 22 – 28: Bitte kreuzen Sie die zureichende Zahl rechts daneben ein. Denken Sie daran, dass sich die Fragen nur auf die letzten 4 Wochen (28 Tage) beziehen.

WÄHREND DER LETZTEN VIER WOCHEN (28 TAGE) ...

22. Hat Ihr Gewicht einen Einfluss darauf gehabt, wie Sie über sich selbst als Person denken (urteilen)? über-
bietet
nicht leicht mäßig deutlich

23. Hat Ihre Figur einen Einfluss darauf gehabt, wie Sie über sich selbst als Person denken (urteilen)? über-
bietet
nicht 0 1 2 3 4 5 6

24. Wie stark hätte es Sie aus der Fassung gebracht, wenn Sie aufgefunden worden wären, sich in den nächsten vier Wochen einmal pro Woche zu wiegen (nicht mehr oder weniger häufig)? 0 1 2 3 4 5 6

25. Wie unzufrieden waren Sie mit Ihrem Gewicht? 0 1 2 3 4 5 6

26. Wie unzufrieden waren Sie mit Ihrer Figur? 0 1 2 3 4 5 6

27. Wie unwohl haben Sie sich gefühlt, wenn Sie Ihren Körper gesehen haben (z. B. im Spiegel, Ihr Spiegelbild im Schaufenster, beim Ausziehen, Baden oder Duschen)? 0 1 2 3 4 5 6

28. Wie unwohl haben Sie sich gefühlt, wenn andere Ihre Figur gesehen haben (z. B. in Gemeinschafts-umkleidekabinen, beim Schwimmen oder beim Tragen enger Kleidung)? 0 1 2 3 4 5 6

16/25

(nach Hilbert & Tuschke-Coffert, 2006)

Fragebogen -Teil 6

Ihr Kennwort: –

Anleitung: Dieser Fragebogen enthält 21 Gruppen von Aussagen. Bitte lesen Sie jede dieser Gruppen von Aussagen sorgfältig durch und suchen Sie sich dann in jeder Gruppe eine Aussage heraus, die am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen, einschließlich heute, gefühlt haben. Kreuzen Sie die Zahl neben der Aussage an, die Sie sich herausgeholt haben (0, 1, 2 oder 3). Falls in einer Gruppe mehrere Aussagen gleichmaßen auf Sie zutreffen, kreuzen Sie die Aussage mit der höheren Zahl an. Achten Sie bitte darauf, dass Sie in jeder Gruppe nicht mehr als eine Aussage ankreuzen, das gilt auch für Gruppe 16 (Veränderung der Schlafgewohnheiten) oder Gruppe 18 (Veränderungen des Appetits).

R1

17/25

1. Traurigkeit

0 Ich bin nicht traurig
1 Ich bin oft traurig
2 Ich bin ständig traurig
3 Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es nicht aushalte

2. Pessimismus

0 Ich sehe nicht mal in die Zukunft
1 Ich sehe mühsamer in die Zukunft als sonst
2 Ich bin mühsam und erwarte nicht, dass meine Situation besser wird
3 Ich glaube, dass meine Zukunft hoffnungslos ist und nur noch schlechter wird

3. Versagensgefühle

0 Ich fühle mich nicht als Versager
1 Ich habe häufiger Versagensgefühle
2 Wenn ich zurückblicke, sehe ich eine Menge Fehlschläge
3 Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein

4. Verlust von Freude

0 Ich kann die Dinge genauso gut genießen wie früher
1 Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher
2 Dinge, die mir früher Freude gemacht haben, kann ich kaum mehr genießen
3 Dinge, die mir früher Freude gemacht haben, kann ich überhaupt nicht mehr genießen

5. Schuldgefühle

0 Ich habe keine besonderen Schuldgefühle
1 Ich habe oft Schuldgefühle wegen Dingen, die ich getan habe oder hätte tun sollen
2 Ich habe die meiste Zeit Schuldgefühle
3 Ich habe ständig Schuldgefühle

6. Bestrafungsgefühle

0 Ich habe nicht das Gefühl, für etwas bestraft zu sein
1 Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden
2 Ich erwarte, bestraft zu werden
3 Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein

7. Selbstablehnung

0 Ich habe von mir genauso viel wie immer
1 Ich habe Vertrauen in mich verloren
2 Ich bin von mir enttäuscht
3 Ich lehne mich völlig ab

8. Selbstvorwürfe

0 Ich kritisiere oder tadle mich nicht mehr als sonst
1 Ich bin mir gegenüber kritischer als sonst
2 Ich kritisiere mich für all meine Mängel
3 Ich gebe mir die Schuld für alles Schlimme, was passiert

9. Selbstmordgedanken

0 Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun
1 Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun
2 Ich möchte mich am liebsten umbringen
3 Ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit dazu hätte

10. Weinen

0 Ich weine nicht öfter als früher
1 Ich weine jetzt mehr als früher
2 Ich weine beim geringsten Anlass
3 Ich möchte gern weinen, aber ich kann nicht

Harcourt
Test Services

© 2006 Harcourt Test Services GmbH, Frankfurt/Main

Summe Seite 1:

17/25

Hier werden:

11. Unruhe

0 Ich bin nicht unruhiger als sonst
1 Ich bin unruhiger als sonst
2 Ich bin so unruhig, dass es mir schwer fällt, stillzusitzen
3 Ich bin so unruhig, dass ich mich ständig bewegen oder etwas tun muss

12. Interessenverlust

0 Ich habe das Interesse an anderen Menschen oder an Tätigkeiten nicht verloren
1 Ich habe weniger Interesse an anderen Menschen oder an Dingen als sonst
2 Ich habe das Interesse an anderen Menschen oder an Dingen zum größten Teil verloren
3 Es fällt mir schwer, mich überhaupt für irgend etwas zu interessieren

13. Entscheidungsfähigkeit

0 Ich bin so entschlossen wie immer
1 Es fällt mir schwerer als sonst, Entscheidungen zu treffen
2 Es fällt mir sehr viel schwerer als sonst, Entscheidungen zu treffen
3 Ich habe Mühe, überhaupt Entscheidungen zu treffen

14. Wertlosigkeit

0 Ich fühle mich nicht wertlos
1 Ich fühle mich für weniger wertvoll und nützlich als sonst
2 Vergleichen mit anderen Menschen fühle ich mich viel weniger wert
3 Ich fühle mich völlig wertlos

15. Energieverlust

0 Ich habe so viel Energie wie immer
1 Ich habe weniger Energie als sonst
2 Ich habe so wenig Energie, dass ich kaum noch etwas schaffe
3 Ich habe keine Energie mehr, um überhaupt noch etwas zu tun

16. Veränderungen der Schlafgewohnheiten

0 Meine Schlafgewohnheiten haben sich nicht verändert
1 Ich schlafe etwas mehr als sonst
2 Ich schlafe etwas weniger als sonst
3a Ich schlafe viel mehr als sonst
3b Ich schlafe fast den ganzen Tag
3c Ich wache 1-2 Stunden früher auf als gewöhnlich und kann nicht mehr einschlafen

R1

18/25

17. Reizbarkeit

0 Ich bin nicht reizbarer als sonst
1 Ich bin reizbarer als sonst
2 Ich bin viel reizbarer als sonst
3 Ich fühle mich dauernd gereizt

18. Veränderungen des Appetits

0 Mein Appetit hat sich nicht verändert
1a Mein Appetit ist etwas schlechter als sonst
1b Mein Appetit ist etwas größer als sonst
2a Mein Appetit ist viel schlechter als sonst
2b Mein Appetit ist viel größer als sonst
3a Ich habe überhaupt keinen Appetit
3b Ich habe ständige Heißhunger

19. Konzentrationsschwierigkeiten

0 Ich kann mich so gut konzentrieren wie immer
1 Ich kann mich nicht so gut konzentrieren wie sonst
2 Es fällt mir schwer, mich längere Zeit auf irgend etwas zu konzentrieren
3 Ich kann mich überhaupt nicht mehr konzentrieren

20. Ermüdung oder Erschöpfung

0 Ich fühle mich nicht müde oder erschöpfter als sonst
1 Ich werde schneller müde oder erschöpft als sonst
2 Für viele Dinge, die ich üblicherweise tue, bin ich zu müde oder erschöpft
3 Ich bin so müde oder erschöpft, dass ich fast nichts mehr tun kann

21. Verlust an sexuellem Interesse

0 Mein Interesse an Sexualität hat sich in letzter Zeit nicht verändert
1 Ich interessiere mich weniger für Sexualität als früher
2 Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sexualität
3 Ich habe das Interesse an Sexualität völlig verloren

Übertrag Seite 1:

Summe Seite 2:

Gesamt Seite 1+2:

18/25

Fragebogen – Teil 7

Ihr Kennwort: _____

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Gedanken oder Gefühle, die mit Ihrer Figur zusammenhängen.

Bitte denken Sie bei Ihren Antworten an die letzten 4 Wochen.

Lesen Sie sich bitte jede Frage durch und kreuzen Sie dann rechts die zutreffende Zahl an.

Bitte beantworten Sie alle Fragen.

Während der letzten 4 Wochen:

	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Schr oft	Immer
1. Haben Sie über Ihre Figur nachgedacht, wenn Ihnen langweilig war?	1	2	3	4	5	6
2. Hat Ihre Figur Sie so beunruhigt, dass Sie dachten, Sie sollten eine Diät machen?	1	2	3	4	5	6
3. Fanden Sie Ihre Oberschenkel, Hüften oder Ihr Gesäß zu dick im Vergleich zum Rest Ihres Körpers?	1	2	3	4	5	6
4. Hatten Sie Angst davor, dick zu werden (oder dicker)?	1	2	3	4	5	6
5. Haben Sie befürchtet, Ihr Gewebe sei nicht straff genug?	1	2	3	4	5	6
6. Füllten Sie sich dick mit einem vollen Magen?	1	2	3	4	5	6
7. Waren Sie so unglücklich über Ihre Figur, dass Sie geweint haben?	1	2	3	4	5	6
8. Haben Sie schnelles Laufen vermieden, weil Ihr Gewebe dann schwabbeln könnte?	1	2	3	4	5	6
9. Führte das Zusammensein mit schlanken Frauen dazu, dass Sie sich mit Ihrer Figur beschäftigt haben?	1	2	3	4	5	6

(nach Waadt, Laessle & Pirke, 1992)

19/25

R1

Während der letzten 4 Wochen:

	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Schr oft	Immer
10. Haben Sie befürchtet, Ihre Oberschenkel könnten beim Sitzen besonders breit (dick) aussehen?	1	2	3	4	5	6
11. Fühlen Sie sich schon dick, obwohl Sie nur eine kleine Menge gegessen hatten?	1	2	3	4	5	6
12. Fanden Sie Ihre eigene Figur im Vergleich mit der anderer Frauen weniger attraktiv?	1	2	3	4	5	6
13. Hat die Beschäftigung mit Ihrer Figur Ihre Konzentrationsfähigkeit beeinträchtigt (z. B. beim Fernsehen, Lesen oder bei Gesprächen)?	1	2	3	4	5	6
14. Sind Sie sich dick vorgekommen, als Sie nackt waren (z. B. beim Baden)?	1	2	3	4	5	6
15. Haben Sie bestimmte Kleidungsstücke nicht angezogen, weil Ihnen Ihre Körperformen darin besonders bewusst waren?	1	2	3	4	5	6
16. Haben Sie sich vorgestellt, an bestimmten Stellen Ihres Körpers das Fett einfach wegzuschneiden?	1	2	3	4	5	6
17. Haben Sie sich dick gefühlt, nachdem Sie Süßigkeiten, Kuchen oder andere kalorienreiche Speisen gegessen haben?	1	2	3	4	5	6
18. Sind Sie zu bestimmten geselligen Anlässen (z. B. Parties) nicht gegangen, weil Sie sich Sorgen über Ihre Figur gemacht haben?	1	2	3	4	5	6
19. Haben Sie sich dick und fett gefühlt?	1	2	3	4	5	6
20. Haben Sie sich wegen Ihres Körpers geschämt?	1	2	3	4	5	6
21. Haben Sie Diät gehalten, weil Sie sich Sorgen über Ihre Figur gemacht haben?	1	2	3	4	5	6
22. Fühlen Sie sich am wohlsten in Ihrer Figur, wenn Ihr Magen leer war (z. B. morgens)?	1	2	3	4	5	6

(nach Waadt, Laessle & Pirke, 1992)

20/25

R1

Fragebogen - Teil 8

Ihr Kennwort: _____

Sie finden auf den folgenden Seiten eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie während der vergangenen sieben Tage bis heute durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Streichen Sie versehentliche Antworten deutlich durch und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an.
Bitte beantworten Sie jede Frage!

Beispiel:

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4

Wie sehr littⁿ Sie in den letzten sieben Tagen unter...

Rückenschmerzen	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4
-----------------	--

R1

Während der letzten 4 Wochen:

	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft	Immer
23. Haben Sie gedacht, Ihre jetzige Figur sei die Folge mangelnder Selbstbeherrschung?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
24. Haben Sie befürchtet, andere könnten Speckfallen um Ihre Taille oder Ihren Bauch sehen?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
25. Finden Sie es ungerecht, dass andere Frauen dünner sind als Sie?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
26. Haben Sie erbrochen, um sich schlanker zu fühlen?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
27. Hatten Sie das Gefühl, im Beisein anderer zu viel Platz zu benötigen (z. B. als Sie auf einem Sofa oder einer Busstbank saßen)?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
28. Haben Sie befürchtet, Ihr Gewebe könnte Dellen oder Vertiefungen haben?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
29. Haben Sie Ihre Figur abgelehnt, wenn Sie sich im Spiegel sahen (oder im Schaufenster)?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
30. Haben Sie Ihre Haut an manchen Körperstellen zusammengedrückt, um zu prüfen, wie viel Fett Sie dort haben?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
31. Haben Sie Situationen gemieden, in denen andere Ihren Körper sehen könnten (Schwimmbad, Umkleiden)?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
32. Haben Sie Abführmittel genommen, um sich schlanker zu fühlen?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
33. Fühlte das Zusammensein mit anderen dazu, dass Sie sich besonders mit Ihrer Figur beschäftigen haben?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
34. Haben Sie aus Sorge um Ihre Figur daran gedacht, Sport zu treiben (sich körperlich zu bewegen)?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6

22/25

(nach Waadt, Laessle & Prieke, 1992)

R1

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...

31. dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	011234
32. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	011234
33. Furchtsamkeit	011234
34. Vorletzlichkeit in Gefühlsdingen	011234
35. der Idee, dass andere Leute von ihren geheimsten Gedanken wissen	011234
36. dem Gefühl, dass andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind	011234
37. dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	011234
38. der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, dass alles richtig ist	011234
39. Herzklopfen oder Herzjagen	011234
40. Übelkeit oder Magenverstimmung	011234
41. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	011234
42. Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	011234
43. dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden	011234
44. Einschlafschwierigkeiten	011234
45. dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	011234
46. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	011234
47. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	011234
48. Schwierigkeiten beim Atmen	011234
49. Hitzewallungen oder Kälteschauern	011234
50. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	011234
51. Leere im Kopf	011234
52. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	011234
53. dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	011234
54. einem Gefühl der Hoffungslosigkeit angesichts der Zukunft	011234
55. Konzentrationschwierigkeiten	011234
56. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	011234
57. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	011234
58. Schweregefühl in den Armen oder den Beinen	011234
59. Gedanken an den Tod und ans Sterben	011234
60. dem Drang, sich zu überessen	011234

R1

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...

1. Kopfschmerzen	011234
2. Nervosität oder innerem Zittern	011234
3. immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht mehr aus dem Kopf gehen	011234
4. Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen	011234
5. Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität	011234
6. allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen	011234
7. der Idee, dass irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat	011234
8. dem Gefühl, dass andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten schuld sind	011234
9. Gedächtnisschwierigkeiten	011234
10. Beunruhigung wegen Achtslosigkeit und Nachlässigkeit	011234
11. dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgert zu sein	011234
12. Herz- und Brustschmerzen	011234
13. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	011234
14. Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken	011234
15. Gedanken, sich das Leben zu nehmen	011234
16. Hören von Stimmen, die sonst keiner hört	011234
17. Zittern	011234
18. dem Gefühl, dass man den meisten Menschen nicht trauen kann	011234
19. schlechtem Appetit	011234
20. Neigung zum Weinen	011234
21. Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht	011234
22. der Befürchtung, erappt oder erwischt zu werden	011234
23. plötzlichem Erschrecken ohne Grund	011234
24. Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen Sie machtlos waren	011234
25. Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen	011234
26. Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge	011234
27. Kreuzschmerzen	011234
28. dem Gefühl, dass es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen	011234
29. Einsamkeitsgefühlen	011234
30. Schwermut	011234

- Fortsetzung nächste Seite -

23/25

- Fortsetzung nächste Seite -

24/25

R1

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...

61. einem unbefuglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden	0	1	2	3	4
62. dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind	0	1	2	3	4
63. dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	0	1	2	3	4
64. frühem Erwachen am Morgen	0	1	2	3	4
65. zwinghafter Wiederholung derselben Tätigkeit wie Berühren, Zählen, Waschen	0	1	2	3	4
66. unruhigem oder gestörtem Schlaf	0	1	2	3	4
67. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	0	1	2	3	4
68. Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen	0	1	2	3	4
69. starker Belangenheit im Umgang mit anderen	0	1	2	3	4
70. Abneigung gegen Menschenmengen, z. B. beim Einkaufen oder im Kino	0	1	2	3	4
71. einem Gefühl, dass alles sehr anstrengend ist	0	1	2	3	4
72. Schreck- und Panikanfällen	0	1	2	3	4
73. Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit	0	1	2	3	4
74. der Neigung, immer wieder in Erörterungen oder Auseinandersetzungen zu geraten	0	1	2	3	4
75. Nervosität, wenn Sie alleine gelassen werden	0	1	2	3	4
76. mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere	0	1	2	3	4
77. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	0	1	2	3	4
78. so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können	0	1	2	3	4
79. dem Gefühl, wertlos zu sein	0	1	2	3	4
80. dem Gefühl, dass Ihnen etwas Schlimmes passieren wird	0	1	2	3	4
81. dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen	0	1	2	3	4
82. der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen	0	1	2	3	4
83. dem Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden	0	1	2	3	4
84. sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind	0	1	2	3	4
85. dem Gedanken, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	0	1	2	3	4
86. schreckenerregenden Gedanken und Vorstellungen	0	1	2	3	4
87. dem Gedanken, dass etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist	0	1	2	3	4
88. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	0	1	2	3	4
89. Schuldgefühlen	0	1	2	3	4
90. dem Gedanken, dass irgend etwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	0	1	2	3	4

25/25

**INSTITUT FÜR PSYCHOLOGIE
DER UNIVERSITÄT REGENSBURG
Lehrstuhl für Pädagogische und Medienpsychologie**

Prof. Dr. H. Lukesch, Universitätsstraße 31, 93053 Regensburg

Versuchsleiterin: Dipl.-Psych. Katrin Kiehl

Tel.: 0176-23777843, e-mail: katrin.kiehl@web.de



PROBANDENINFORMATION

**Studie Medienkonsum – Konsumentenpersönlichkeit –
Werbewirksamkeit – Konsumpräferenzen**

Liebe Versuchsteilnehmerin,

wir laden Sie ein, an einer wissenschaftlichen Untersuchung (Doktorarbeit von Frau Dipl.-Psych. K. Kiehl) am Institut für Psychologie der Universität Regensburg teilzunehmen.

Die Art der Untersuchung, die dabei verwendeten Methoden und die dadurch entstehenden Risiken werden im Folgenden erklärt.

Ziel der Untersuchung ist es, Zusammenhänge zwischen der Art und der Häufigkeit des Medienkonsums, der Wirksamkeit von Werbung, Konsumpräferenzen (Bevorzugung von Markenprodukten, Neigung zu bestimmten Modestilen und Produktdesigns) und der Konsumentenpersönlichkeit zu erfassen.

In einem Computereperiment sollen Sie Modeoutfits sowie Parfümfläschchen anhand verschiedener Kriterien beurteilen. Sowohl vor als auch nach dem Computereperiment

werden Sie gebeten, Fragebögen auszufüllen, in welchen insbesondere Persönlichkeitseigenschaften (z. B. Perfektionismus, Körperbild, Selbstbild), Einstellungen und Gefühle erhoben werden („Persönlichkeit des Konsumenten“).

Die gesamte Untersuchung wird ungefähr eine Stunde benötigen. Pro Stunde erhalten Sie eine Aufwandspauschale von 8,00 Euro, die unmittelbar am Ende der Untersuchung ausgezahlt wird. Psychologiestudentinnen der Universität Regensburg erhalten anstatt der Aufwandspauschale Versuchspersonen- oder Forschungsstunden bestätigt.

Bei vorzeitigem Abbruch der Untersuchung reduziert sich die Aufwandspauschale entsprechend der dadurch kürzeren Untersuchungsdauer, bei unvorhergesehener Verlängerung der Untersuchungsdauer erhöht sich die Aufwandspauschale anteilmäßig.

Mit welchen Risiken oder Nebenwirkungen muss ich rechnen?

Der Hauptteil der Untersuchung besteht darin, dass Sie in einem Computereperiment Bilder von Modeoutfits und Parfümfläschchen anhand bestimmter Kriterien beurteilen sollen. Ähnliche Bilder begegnen Ihnen tagtäglich in Werbeanzeigen und Werbespots. Deshalb ist nicht zu erwarten, dass die Beurteilung der Bilder längerfristige Folgen über die Untersuchungssituation hinaus für Sie hat. Dasselbe gilt auch für die auszufüllenden Fragebögen. Kurzfristige Unsicherheiten – z. B. bedingt durch die ungewohnte Situation im Labor – sind möglich, längerfristige emotionale Nachwirkungen jedoch äußerst unwahrscheinlich.

Allgemeine Hinweise

Es ist wichtig, dass Sie auch auf allgemeine Prinzipien der Untersuchung hingewiesen werden:

1. Sie selbst gewinnen keinen unmittelbaren Nutzen aus der Untersuchung.
2. Alle erhobenen Daten werden anonymisiert und streng vertraulich behandelt. Alle Daten, die erhoben werden, dienen ausschließlich Forschungszwecken (Erstellung der Doktorarbeit von Frau Dipl.-Psych. Kiehl) und werden ohne Angabe des Namens unter einer Codenummer (Chiffre) gespeichert. Die Zuordnung der Codenummern zu den erhobenen Daten ist nur der Versuchsleiterin bekannt und wird nach Abschluss der Studie vernichtet.

3. Die Teilnahme ist völlig freiwillig. Sie können aus der Untersuchung jederzeit ausscheiden, ohne dass Sie deshalb einen Nachteil erleiden.
4. Nach Abschluss der kompletten Studie erhalten Sie ausführliches Informationsmaterial über die Studie (Zusendung per e-mail). Wir bitten Sie bereits an dieser Stelle nach der Untersuchung **Stillschweigen über den genauen Ablauf** zu bewahren und sich nicht mit anderen potenziellen Versuchsteilnehmerinnen auszutauschen. Dies kann zu verzerrten Ergebnissen führen, da nicht mehr alle Teilnehmerinnen mit gleichen Voraussetzungen (gleicher Wissensstand) die Untersuchung absolvieren!

Bitte besprechen Sie jetzt alle noch verbleibenden Fragen mit der Versuchsleiterin.

Unterschreiben Sie dann die Ihnen vorliegende Einverständniserklärung.

**INSTITUT FÜR PSYCHOLOGIE
DER UNIVERSITÄT REGENSBURG
Lehrstuhl für Pädagogische und Medienpsychologie**

Prof. Dr. H. Lukesch, Universitätsstraße 31, 93053 Regensburg

Versuchsleiterin: Dipl.-Psych. Katrin Kiehl

Tel.: 0176-23777843, e-mail: katrin.kiehl@web.de



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

**Studie Medienkonsum – Konsumentenpersönlichkeit –
Werbewirksamkeit – Konsumpräferenzen**

Ich habe die **Probandeninformation** zu der geplanten Untersuchung „Medienkonsum – Konsumentenpersönlichkeit – Werbewirksamkeit – Konsumpräferenzen“ **gelesen und verstanden**.

Mir ist bekannt, dass die im Zusammenhang mit dieser Untersuchung erhobenen Daten anonymisiert weiter verarbeitet, gespeichert und der Erstellung der Doktorarbeit von Frau Dipl.-Psych. Kiehl zugrunde gelegt werden.

Weiterhin ist mir bekannt, dass ich selbst keinen persönlichen Nutzen aus der Untersuchung gewinne, dass die Teilnahme vollständig freiwillig ist, und ich jederzeit ohne Nachteile aus der Untersuchung ausscheiden kann.

Über die Aufwandsentschädigung für die Teilnahme (Nicht-Psychologiestudentinnen: 8,00 Euro/h, Psychologiestudentinnen: Versuchspersonen- oder Forschungsstunden) sowie die Regelungen bei vorzeitigem Abbruch der Untersuchung bzw. bei unvorhergesehener längerer Untersuchungsdauer wurde ich informiert.

Ich habe die Gelegenheit bekommen, zu der Untersuchung Fragen zu stellen.

Ich erkläre mich hiermit mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden.

Datum

Name der Probandin (Druckbuchstaben)

Unterschrift

Ihr Kennwort: _____

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf bestimmte Aspekte der so genannten „Konsumentenpersönlichkeit“.

Lesen Sie sich bitte jede Aussage durch und kreuzen Sie dann rechts die für Sie zutreffende Zahl an.

Bitte beurteilen Sie alle Aussagen.

		Trifft gar nicht zu	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft etwas zu	Trifft zu	Trifft sehr zu
1.	Ich beschäftige mich gründlich und ausführlich mit Informationen über Mode und Parfümprodukte.	①	②	③	④	⑤	⑥
2.	Mein Modestil und meine Parfümwahl erlauben es mir, mich selbst zum Ausdruck zu bringen.	①	②	③	④	⑤	⑥
3.	Wenn ich mich mit Freundinnen über Mode und Parfümprodukte unterhalte, bin ich diejenige, die die Informationen gibt.	①	②	③	④	⑤	⑥
4.	Mit Mode und Parfümprodukten kenne ich mich sehr gut aus.	①	②	③	④	⑤	⑥
5.	Insgesamt werde ich in Diskussionen über Mode und Parfümprodukte mit Freundinnen oft um Rat gebeten.	①	②	③	④	⑤	⑥
6.	Mein Modestil und meine Parfümwahl drücken meine Einzigartigkeit aus bzw. zeigen, was mich von anderen unterscheidet.	①	②	③	④	⑤	⑥
7.	Mir macht es Spaß, meinen Mitmenschen mit Informationen über eine Vielzahl von Produkten weiterzuhelfen.	①	②	③	④	⑤	⑥
8.	Im Vergleich zum Kreis meiner Freundinnen werde ich sehr häufig nach Informationen über Mode und Parfümprodukte gefragt	①	②	③	④	⑤	⑥
9.	Ich berate gerne andere beim Kauf von Mode oder Parfümprodukten.	①	②	③	④	⑤	⑥

	Trifft gar nicht zu	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft etwas zu	Trifft zu	Trifft sehr zu
10. Meine Freundinnen betrachten mich als eine gute Informationsquelle wenn es um neue Produkte und Sonderverkäufe geht.	①	②	③	④	⑤	⑥
11. Meine Mitmenschen fragen mich um Rat, wenn sie Informationen zu Produkten, Geschäften oder Sonderverkäufen benötigen.	①	②	③	④	⑤	⑥

Seite 1 von 2

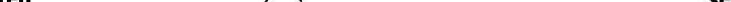
Ihr Kennwort: _____

Folgend sollen Sie beurteilen, wie zufrieden Sie **genau in diesem Moment** mit einigen Aspekten Ihres Lebens sind.

Beantworten Sie dazu bitte folgende Fragen und markieren die zugehörige Antwortskala an der Stelle mit einem Kreuz, welche dem Grad Ihrer Zufriedenheit entspricht.

Beispiel:

Genau in diesem Moment: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer letzten Urlaubsreise?

Überhaupt nicht zufrieden  sehr zufrieden

- Bitte wenden -

Seite 2 von 2

Bitte bewerten Sie nun Ihre Zufriedenheit in **genau diesem Moment**:

Genau in diesem Moment: Wie zufrieden sind Sie mit Ihren finanziellen Möglichkeiten?

**Überhaupt
nicht zufrieden** _____ **sehr zufrieden**

Genau in diesem Moment: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Gewicht?

**Überhaupt
nicht zufrieden** _____ **sehr zufrieden**

Genau in diesem Moment: Wie zufrieden sind Sie mit den Werbespots im Fernsehen?

**Überhaupt
nicht zufrieden** _____ **sehr zufrieden**

Genau in diesem Moment: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem äußeren Erscheinungsbild?

**Überhaupt
nicht zufrieden** _____ **sehr zufrieden**

Genau in diesem Moment: Wie zufrieden sind Sie mit der Beziehung zu Ihren Freunden?

**Überhaupt
nicht zufrieden** _____ **sehr zufrieden**

Genau in diesem Moment: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Körper?

**Überhaupt
nicht zufrieden** _____ **sehr zufrieden**

Genau in diesem Moment: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Studium?

**Überhaupt
nicht zufrieden** _____ **sehr zufrieden**

Genau in diesem Moment: Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?

**Überhaupt
nicht zufrieden** _____ **sehr zufrieden**

Seite 1 von 3

Ihr Kennwort: _____

Das ist eine Liste von Wörtern, mit denen man bestimmte Gefühle und Reaktionen beschreiben kann.

Gehen Sie alle Wörter der Liste nacheinander durch und kreuzen Sie an, wie Sie sich **im Moment** fühlen.

Im Moment fühle ich mich/ empfinde ich ...	gar nicht	wenig	mittel	stark	sehr stark
reumütig	①	②	③	④	⑤
erheitert	①	②	③	④	⑤
Freude	①	②	③	④	⑤
Langeweile	①	②	③	④	⑤
glücklich	①	②	③	④	⑤
ausgeglichen	①	②	③	④	⑤
verlegen	①	②	③	④	⑤
abgestoßen	①	②	③	④	⑤
fasziniert	①	②	③	④	⑤
fröhlich	①	②	③	④	⑤
zufrieden	①	②	③	④	⑤
verliebt	①	②	③	④	⑤
beeindruckt	①	②	③	④	⑤
Zorn	①	②	③	④	⑤
gebannt	①	②	③	④	⑤
Trauer	①	②	③	④	⑤
angeödet	①	②	③	④	⑤

Seite 2 von 3

Im Moment fühle ich mich/ empfinde ich ...	gar nicht	wenig	mittel	stark	sehr stark
Ärger	①	②	③	④	⑤
amüsiert	①	②	③	④	⑤
verblüfft	①	②	③	④	⑤
tadelnswert	①	②	③	④	⑤
wach	①	②	③	④	⑤
liebevoll hingezogen	①	②	③	④	⑤
Ekel	①	②	③	④	⑤
entmutigt	①	②	③	④	⑤
wütend	①	②	③	④	⑤
bewegt	①	②	③	④	⑤
Furcht	①	②	③	④	⑤
aufmerksam	①	②	③	④	⑤
Geringschätzung	①	②	③	④	⑤
verschämt	①	②	③	④	⑤
Angst	①	②	③	④	⑤
Zuneigung	①	②	③	④	⑤
unbeteiligt	①	②	③	④	⑤
erschreckt	①	②	③	④	⑤
Spott	①	②	③	④	⑤
vergnügt	①	②	③	④	⑤
Überraschung	①	②	③	④	⑤
konzentriert	①	②	③	④	⑤
niedergeschlagen	①	②	③	④	⑤
schuldig	①	②	③	④	⑤
angewidert	①	②	③	④	⑤

Seite 3 von 3

Im Moment fühle ich mich/ empfinde ich ...	gar nicht	wenig	mittel	stark	sehr stark
Verachtung	①	②	③	④	⑤
ergriffen	①	②	③	④	⑤
erstaunt	①	②	③	④	⑤
gehemmt	①	②	③	④	⑤
wohl	①	②	③	④	⑤

Ihr Kennwort: _____

Die folgenden Aussagen sollen Ihre Gefühle und Einstellungen erfragen.

Bitte entscheiden Sie für jede Aussage, wie sehr sie dieser genau in diesem Moment zustimmen.

Beispiel: Wenn eine Aussage für Sie „gar nicht“ zutrifft, kreuzen Sie bitte die „1“ an.
Trifft eine Aussage „sehr“ zu, kreuzen Sie bitte die „6“ an.

		Trifft gar nicht zu	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft etwas zu	Trifft zu	Trifft sehr zu
1.	Ich fühle mich als Mensch unfähig.	①	②	③	④	⑤	⑥
2.	Ich glaube, mein Bauch ist zu dick.	①	②	③	④	⑤	⑥
3.	Ich fühle mich allein auf dieser Welt.	①	②	③	④	⑤	⑥
4.	Ich denke, meine Oberschenkel sind zu dick.	①	②	③	④	⑤	⑥
5.	Im Großen und Ganzen glaube ich, Kontrolle über die Dinge in meinem Leben zu haben.	①	②	③	④	⑤	⑥
6.	Ich denke, dass mein Bauch genau richtig ist.	①	②	③	④	⑤	⑥
7.	Ich wünschte, ich wäre jemand anderes.	①	②	③	④	⑤	⑥
8.	Ich bin mit meiner Figur zufrieden.	①	②	③	④	⑤	⑥
9.	Ich fühle mich unzulänglich.	①	②	③	④	⑤	⑥
10.	Ich mag die Form von meinem Po.	①	②	③	④	⑤	⑥
11.	Ich bin mir meiner sicher.	①	②	③	④	⑤	⑥
12.	Ich denke, meine Hüften sind zu breit.	①	②	③	④	⑤	⑥
13.	Ich halte nicht viel von mir.	①	②	③	④	⑤	⑥
14.	Ich glaube mein Po ist zu groß.	①	②	③	④	⑤	⑥
15.	Ich denke, ich kann meine mir gesteckten Ziele erreichen.	①	②	③	④	⑤	⑥

		Trifft gar nicht zu	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft etwas zu	Trifft zu	Trifft sehr zu
16.	Ich glaube, meine Hüften sind genau richtig.	①	②	③	④	⑤	⑥
17.	Ich denke, ich bin eine beachtenswerte Person.	①	②	③	④	⑤	⑥
18.	Ich denke, meine Oberschenkel sind genau richtig.	①	②	③	④	⑤	⑥
19.	Ich fühle mich innerlich gefühlsmäßig leer.	①	②	③	④	⑤	⑥

Seite 1 von 2

Ihr Kennwort: _____

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf Ihre Einstellungen zur Mediennutzung, auf persönliche Werte und Gewohnheiten sowie auf Art und Häufigkeit der Mediennutzung.

Kreuzen Sie immer diejenige Antwortmöglichkeit an, die Ihre Meinung am besten wiedergibt. Am Ende des Fragebogens finden Sie einige Fragen, die Sie bitte frei beantworten.

		Stimmt gar nicht	Stimmt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt eher	Stimmt	Stimmt völlig
1.	Geld und finanzielle Unabhängigkeit sind mir wichtiger als alles andere.	1	2	3	4	5	6
2.	Ich würde auch gerne so aussehen wie die Frauen, die im Fernsehen und in Filmen auftreten.	1	2	3	4	5	6
3.	Personen, die keine Markenartikel tragen, wirken auf mich „billig“ und asozial.	1	2	3	4	5	6
4.	Ich finde, dass Kleidung an dünnen Models besser aussieht.	1	2	3	4	5	6
5.	Nur wer sich gut kleidet, kann es in der heutigen Berufswelt zu etwas bringen.	1	2	3	4	5	6
6.	Musikvideos mit dünnen Frauen wecken in mir den Wunsch, dünn zu sein.	1	2	3	4	5	6
7.	Werbespots im Fernsehen beeinflussen, welche Produkte ich kaufe.	1	2	3	4	5	6
8.	Ich möchte nicht so aussehen wie die Models in den Zeitschriften.	1	2	3	4	5	6
9.	Frauen, die sich Billigparfüms kaufen, haben keinen Geschmack.	1	2	3	4	5	6

Seite 2 von 2

		Stimmt gar nicht	Stimmt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt eher	Stimmt	Stimmt völlig
10.	Ich neige dazu, meinen Körper mit dem von Leuten in Zeitschriften oder im Fernsehen zu vergleichen.	1	2	3	4	5	6
11.	Wenn ich Werbespots im Fernsehen sehe, wünsche ich mir, reicher zu sein.	1	2	3	4	5	6
12.	Fotos von schlanken Frauen wecken in mir den Wunsch, schlank zu sein.	1	2	3	4	5	6
13.	Bei Kaufentscheidungen orientiere ich mich an der Qualität der Produkte.	1	2	3	4	5	6
14.	Ich lese oft Modezeitschriften und vergleiche mein Aussehen mit dem der Models.	1	2	3	4	5	6
15.	In der heutigen Gesellschaft muss man intelligent sein, um vorwärts zu kommen.	1	2	3	4	5	6
16.	Ich würde gerne wie ein Model aussehen.	1	2	3	4	5	6

In welchem Alter haben Sie Ihren ersten eigenen Fernseher bekommen? _____ **Jahre**

Wenn Sie Kleidung oder Parfüm kaufen, bevorzugen Sie dann Markenprodukte?

☐ **ja** ☐ **nein**

Wie viele Stunden sehen Sie an einem durchschnittlichen Wochentag fern? _____ **Std.**

Wie viele Stunden sehen Sie an einem durchschnittlichen Sonntag fern? _____ **Std.**

Wie viele Zeitschriften lesen Sie in einem durchschnittlichen Monat? Berücksichtigen Sie Zeitschriften, die Sie abonniert haben, die sie sich kaufen oder von Freunden leihen, oder beim Arzt etc. durchblättern.

_____ **Zeitschriften**

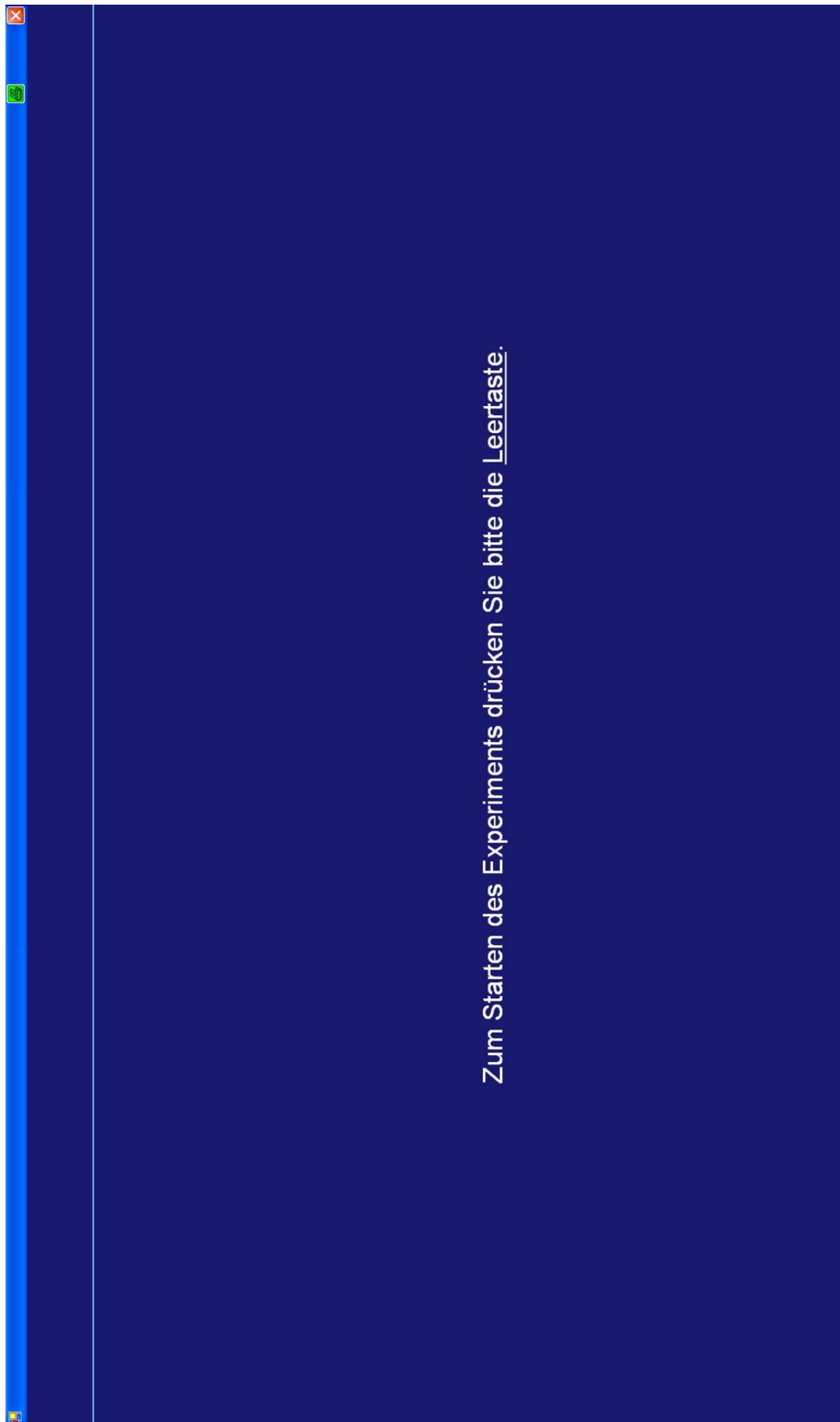
Wie viele Stunden surfen Sie an einem durchschnittlichen Wochentag im Internet?
_____ **Std.**



Wie viele Stunden surfen Sie an einem durchschnittlichen Sonntag im Internet?
_____ **Std.**

Ihr Kennwort: _____

Bitte geben Sie zum Abschluss in Ihren eigenen Worten an:

Diese Studie untersucht ...





Versuchsanweisung

Im folgenden Experiment sollen Sie 15 Bilder von Modeoutfits und Parfümfläschchen beurteilen.

In der Mitte des Bildschirms erscheint für 10 Sekunden das Bild eines Modeoutfits oder eines Parfümfläschchens.

Betrachten Sie bitte das gezeigte Bild.

In den vier Ecken des Bildschirms finden Sie 4 Aussagen zu dem gezeigten Modeoutfit/Parfümfläschchen.

Sie sollen nun beurteilen, wie sehr Sie jeder der vier Aussagen zustimmen.

Dazu klicken Sie mit der linken Maustaste auf diejenige von fünf Antwortkategorien („stimme sehr zu“ bis „stimme gar nicht zu“), die dem Grad Ihrer Zustimmung entspricht.

Wenn Sie alle vier Aussagen zu einem Bild bewertet haben, klicken Sie bitte mit der linken Maustaste auf „Weiter“.

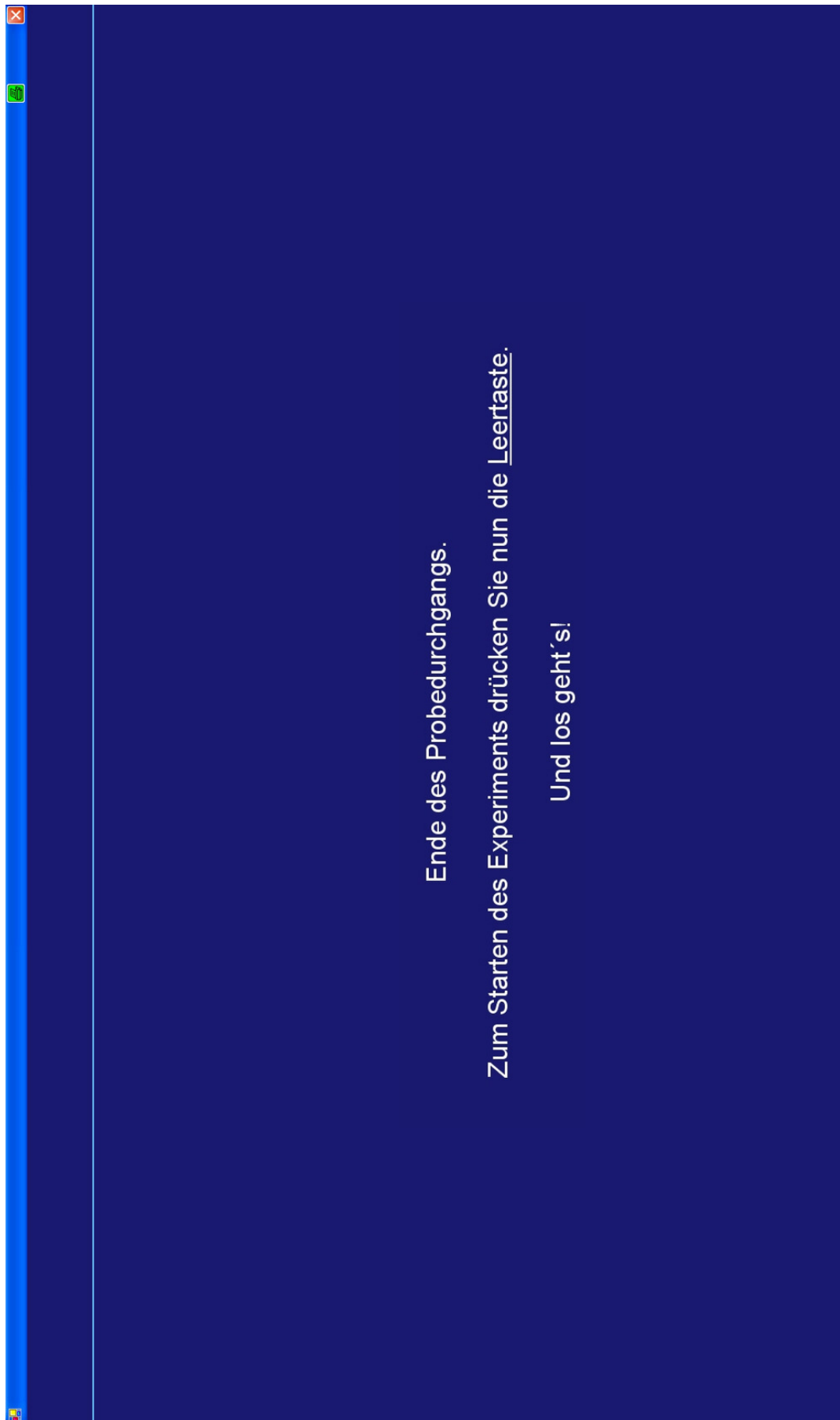
Es erscheint dann das nächste Bild.



Am Ende des Computereperiments erhalten Sie einen Fragebogen mit einigen zusätzlichen Fragen zu den gezeigten Bildern.

Haben Sie noch Fragen? Stellen Sie diese bitte jetzt Ihrer Versuchsleiterin...

Zum Starten des Probedurchgangs (3 Bilder) drücken Sie bitte die Leertaste.

	Beurteilen Sie bitte dieses Parfümfläschchen!	
	<p>Das Design des Parfümfläschchens gefällt mir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> stimme sehr zu <input type="radio"/> stimme zu <input checked="" type="radio"/> stimme etwas zu <input type="radio"/> stimme eher nicht zu <input type="radio"/> stimme gar nicht zu 	
	<p>Dieses Parfümfläschchen passt zu meiner Persönlichkeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> stimme sehr zu <input checked="" type="radio"/> stimme zu <input type="radio"/> stimme etwas zu <input type="radio"/> stimme eher nicht zu <input type="radio"/> stimme gar nicht zu 	
	<p>Wenn ich dieses Parfümfläschchen in einem Kaufhaus sehe, würde ich es kaufen (wenn mir der Duft gefällt):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> stimme sehr zu <input type="radio"/> stimme zu <input checked="" type="radio"/> stimme etwas zu <input type="radio"/> stimme eher nicht zu <input type="radio"/> stimme gar nicht zu 	
	<p>Bei diesem Parfümfläschchen handelt es sich um ein Markenprodukt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> stimme sehr zu <input checked="" type="radio"/> stimme zu <input type="radio"/> stimme etwas zu <input type="radio"/> stimme eher nicht zu <input type="radio"/> stimme gar nicht zu 	
		Weiter



Beurteilen Sie bitte dieses Modeoutfit!

Dieses Outfit gefällt mir:

- ☐ stimme sehr zu
- ☐ stimme zu
- ☐ stimme etwas zu
- ☐ stimme eher nicht zu
- ☐ stimme gar nicht zu

Dieses Outfit würde ich zu der Geburtstagsparty meiner besten Freundin anziehen:

- ☐ stimme sehr zu
- ☒ stimme zu
- ☐ stimme etwas zu
- ☐ stimme eher nicht zu
- ☐ stimme gar nicht zu

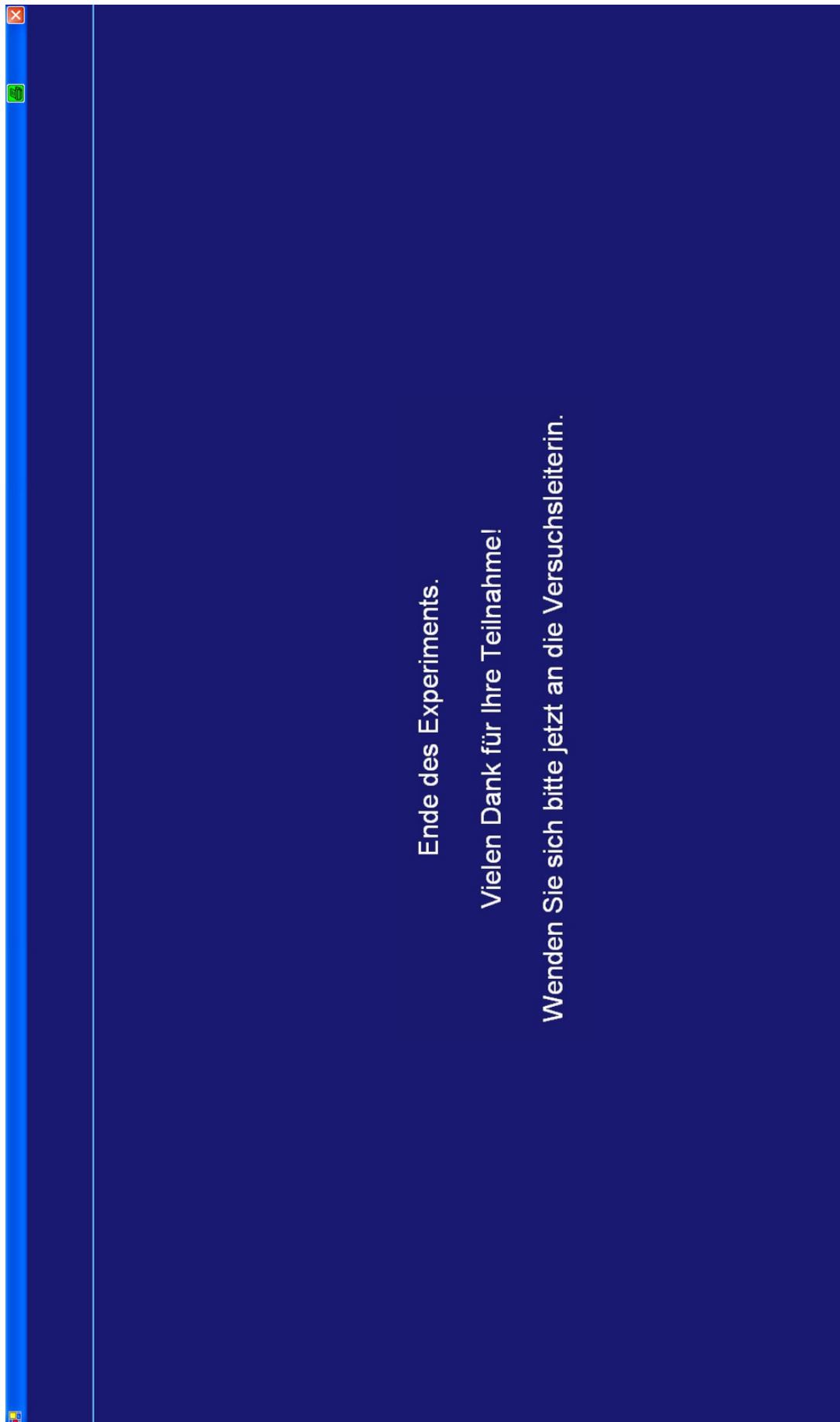
Stellen Sie sich vor, Sie probieren dieses Outfit an... Das Outfit würde mir stehen:

- ☐ stimme sehr zu
- ☐ stimme zu
- ☐ stimme etwas zu
- ☐ stimme eher nicht zu
- ☐ stimme gar nicht zu

Dieses Outfit wurde von einem renommierten Designer entworfen:

- ☐ stimme sehr zu
- ☒ stimme zu
- ☐ stimme etwas zu
- ☐ stimme eher nicht zu
- ☐ stimme gar nicht zu

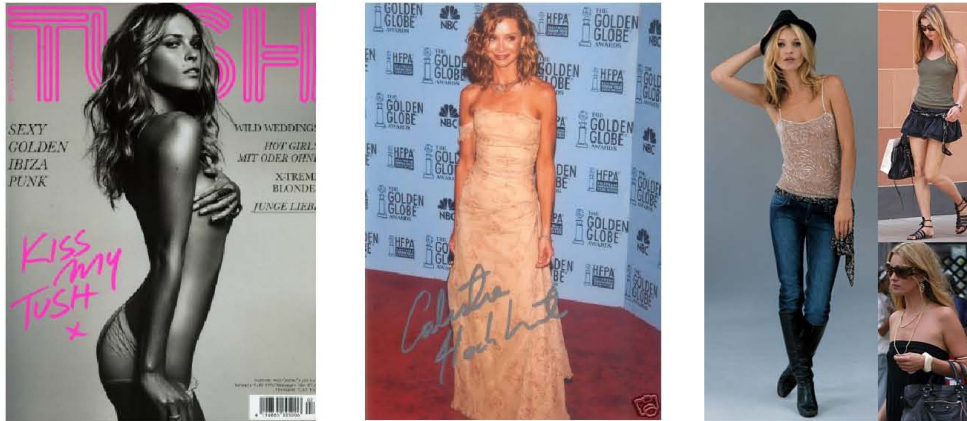
Weiter



Seite 1 von 5

Beurteiler (Name): _____

Die folgenden drei Bilder stellen Fotografien von berühmten Frauen des öffentlichen Lebens dar, welche dem in der **westlichen Welt vorherrschenden Schlankheitsideal** („sehr dünner, zartgliedriger Körper“) entsprechen. Diese Frauen werden zudem nach allgemeiner Einschätzung als **sehr attraktiv** beurteilt.



(von links nach rechts: Erin Wasson, Calista Flockhart, Kate Moss)

I. Bitte beurteilen Sie nun die folgenden **20 Fotografien von Models** zunächst dahingehend, wie sehr das jeweils dargestellte Model das gesellschaftliche **Schlankheitsideal** („sehr dünn, zartgliedrig“) **verkörpert**.

Bitte tragen Sie **Ihren Eindruck** von den zu beurteilenden Models jeweils auf einer **Skala von 1 bis 10** ein:

1: Model ist **überhaupt nicht repräsentativ** für das sehr dünne, zartgliedrige Schlankheitsideal; Model verkörpert das Schlankheitsideal in keiner Weise.

bis

10: Model ist **äußerst repräsentativ** für das sehr dünne, zartgliedrige Schlankheitsideal; Model verkörpert das Schlankheitsideal äußerst gut (besser geht nicht).

Verwenden Sie hierbei die **Werte 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10** als gleichmäßige Abstufungen des Merkmals „Verkörperung des Schlankheitsideals“.

Markieren Sie die für Sie **zutreffende Zahl** mit einem **Kreuz**.

II. Im nächsten Schritt beurteilen Sie bitte, wie **attraktiv** das dargestellte Model für Sie ist. Bitte berücksichtigen Sie hierzu insbesondere figurunabhängige Merkmale, wie z. B. die Schönheit des Gesichtes und der Haare.

Seite 2 von 5

Bitte tragen Sie – analog dem Vorgehen zu Punkt I. – Ihre Beurteilung für jedes Model auf einer **Skala von 1 bis 10** ein und markieren die für Sie **zutreffende Zahl mit einem Kreuz**.

Beispiel:

überhaupt nicht repräsentativ ~~1~~ - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 **äußerst repräsentativ**

Sie haben die „1“ markiert. Dies bedeutet, dass das dargestellte Model für Sie das Schlankheitsideal in keiner Weise verkörpert.

überhaupt nicht attraktiv 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - ~~10~~ **äußerst attraktiv**

Sie haben die „10“ markiert. Dies bedeutet, dass für Sie das dargestellte Model äußerst attraktiv ist.

Nun geht es los:

- Bitte wenden -

Seite 3 von 5

Fotografie 01:

überhaupt nicht repräsentativ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 **äußerst repräsentativ**
überhaupt nicht attraktiv 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 **äußerst attraktiv**

Fotografie 02:

überhaupt nicht repräsentativ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 **äußerst repräsentativ**
überhaupt nicht attraktiv 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 **äußerst attraktiv**

Fotografie 03:

überhaupt nicht repräsentativ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 **äußerst repräsentativ**
überhaupt nicht attraktiv 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 **äußerst attraktiv**

Fotografie 04:

überhaupt nicht repräsentativ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 **äußerst repräsentativ**
überhaupt nicht attraktiv 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 **äußerst attraktiv**

Fotografie 05:

überhaupt nicht repräsentativ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 **äußerst repräsentativ**
überhaupt nicht attraktiv 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 **äußerst attraktiv**

Fotografie 06:

überhaupt nicht repräsentativ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 **äußerst repräsentativ**
überhaupt nicht attraktiv 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 **äußerst attraktiv**

Fotografie 07:

überhaupt nicht repräsentativ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 **äußerst repräsentativ**
überhaupt nicht attraktiv 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 **äußerst attraktiv**

Fotografie 08:

überhaupt nicht repräsentativ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 **äußerst repräsentativ**
überhaupt nicht attraktiv 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 **äußerst attraktiv**

- Fortsetzung nächste Seite -

Seite 4 von 5

Fotografie 09:

überhaupt nicht repräsentativ	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	äußerst repräsentativ
überhaupt nicht attraktiv	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	äußerst attraktiv

Fotografie 10:

überhaupt nicht repräsentativ	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	äußerst repräsentativ
überhaupt nicht attraktiv	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	äußerst attraktiv

Fotografie 11:

überhaupt nicht repräsentativ	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	äußerst repräsentativ
überhaupt nicht attraktiv	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	äußerst attraktiv

Fotografie 12:

überhaupt nicht repräsentativ	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	äußerst repräsentativ
überhaupt nicht attraktiv	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	äußerst attraktiv

Fotografie 13:

überhaupt nicht repräsentativ	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	äußerst repräsentativ
überhaupt nicht attraktiv	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	äußerst attraktiv

Fotografie 14:

überhaupt nicht repräsentativ	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	äußerst repräsentativ
überhaupt nicht attraktiv	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	äußerst attraktiv

Fotografie 15:

überhaupt nicht repräsentativ	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	äußerst repräsentativ
überhaupt nicht attraktiv	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	äußerst attraktiv

Fotografie 16:

überhaupt nicht repräsentativ	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	äußerst repräsentativ
überhaupt nicht attraktiv	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	äußerst attraktiv

- Fortsetzung nächste Seite -

Seite 5 von 5

Fotografie 17:

überhaupt nicht repräsentativ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 **äußerst repräsentativ**
überhaupt nicht attraktiv 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 **äußerst attraktiv**

Fotografie 18:

überhaupt nicht repräsentativ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 **äußerst repräsentativ**
überhaupt nicht attraktiv 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 **äußerst attraktiv**

Fotografie 19:

überhaupt nicht repräsentativ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 **äußerst repräsentativ**
überhaupt nicht attraktiv 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 **äußerst attraktiv**

Fotografie 20:

überhaupt nicht repräsentativ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 **äußerst repräsentativ**
überhaupt nicht attraktiv 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 **äußerst attraktiv**

- Das war's. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! -

„In diesem Interview werde ich Sie immer wieder bitten, mir Situationen zu schildern, in denen Sie Erfahrungen mit den Themen „Äußeres Erscheinungsbild“ und „Attraktivität“ gemacht haben.“

KÖRPERUNZUFRIEDENHEIT

Viele Frauen sind – wenn man sie fragt – unzufrieden mit ihrem Körper, ihrer Figur oder ihrem Gewicht und würden gerne schlanker sein.

„Wie ist das bei Ihnen persönlich?“

„Welche Rolle spielt/e Ihr Äußeres in Ihrem Alltag?“

„Wenn Sie sich einmal zurückerinnern, in welchen Momenten/Situationen sind/waren Sie unzufrieden/zufrieden mit Ihrem Äußeren? Können Sie mir diese Situationen schildern?“

„Was denken Sie darüber?“

„Wie kommt/kam es, dass Sie mit Ihrem Körper unzufrieden/zufrieden sind/waren?“

„Warum ist/war es Ihnen wichtig, schlank zu sein?“ „Warum ist/war es Ihnen egal, ob Sie schlank sind?“

„Früher? Heute?“

„Wie ist es bei Ihren Freundinnen, weiblichen Familienangehörigen?“

„Was verbinden Sie mit „schlank sein“?“

DIÄTVERHALTEN

Viele Frauen haben schon mal eine Diät gemacht, um abzunehmen oder um ihr Gewicht zu kontrollieren.

„Wie ist es bei Ihnen persönlich?“

„Welche Rolle spielt/en Diäten in Ihrem Alltag?“

„Wenn Sie sich einmal zurückerinnern, wie sind/waren Ihre Erfahrungen mit Diäten?“ „Können Sie mir bitte von Ihren Diäten (versuchen) erzählen?“

- „Haben Sie schon einmal eine Diät gemacht?“
- („Wie oft? Wann das erste Mal? Welche Art von Diät? Erfolgreich?“)
- „Wie kommt/kam es, dass Sie beschlossen haben, eine Diät (nicht) durchzuführen?“

„Was verbinden Sie mit dem Thema Diäten?“

„Wie ist es bei Ihren Freundinnen, weiblichen Familienangehörigen?“

MEDIALE PRÄSENTATION DES SCHLANKHEITSIDEALS

Models und Schauspielerinnen, die im Fernsehen oder in Zeitschriften gezeigt werden, sind oft sehr schlank und sehr attraktiv, und gelten für viele Frauen als Vorbilder.

„Wie ist das bei Ihnen persönlich?“

„Welche Rolle spielt/en Models in Ihrem Alltag?“

„Wenn Sie sich einmal zurückerinnern, wie war Ihre erste Begegnung mit solchen Modelbildern, in Zeitschriften oder im Fernsehen?“

„Was denken Sie, wenn Sie solche Fotos sehen? „Wie geht es Ihnen damit?“

„Diätverhalten dadurch ausgelöst?“

Modezeitschriften/Reportagen: Was interessiert Sie daran?“

„Was verbinden Sie mit dem Thema Models?“

„Früher? Heute?“

„Wie ist es bei Ihren Freundinnen, weiblichen Familienangehörigen?“

PEERS

In der Schule reden Mädchen und Jungs oft darüber, wie sie aussehen, und vergleichen sich miteinander.

„Während Ihrer Schulzeit: wie wurde in Ihrer Clique über Themen wie Aussehen, Gewicht, Figur, dick sein/dünn sein, Diäten gesprochen?“ „War das Thema?“

„Erzählen Sie mir bitte eine typische Situation.“

„Hatten diese Gespräche/Kommentare Auswirkungen darauf, wie Sie über sich, Ihren Körper, Ihre Figur denken?“ „Diätverhalten dadurch ausgelöst?“

„Wie kommt es, dass das für Sie (nicht) egal war?“

„Wie ist es heute (Uni, Freundinnen)?“

PARTNERSCHAFT/MÄNNER

Nun interessiert mich noch, welche Erfahrungen Sie mit Männern im Allgemeinen, aber auch in Beziehungen gemacht haben.

„Wie war das in Ihren bisherigen Beziehungen? „Wie wird/wurde über die Themen Gewicht/Aussehen/Diäten gesprochen?“ „Warum ist/war das Thema?“

„Erzählen Sie mir bitte eine typische Situation.“

Hatten diese Gespräche/Kommentare mit Ihrem Partner Auswirkungen darauf, wie Sie über sich, Ihren Körper, Ihre Figur denken/dachten?“ „Diätverhalten dadurch ausgelöst?“

„Wie kommt es, dass Sie sich (nicht) beeinflussen ließen/lassen?“

„Welchen Typ von Frau – bezogen auf das äußere Erscheinungsbild – bevorzugen Ihrer Meinung nach Männer?“

FAMILIE

Zum Schluss möchte ich Ihnen noch einige Fragen über Ihre Herkunftsfamilie stellen.

„Wie wird/wurde über die Themen Gewicht/Aussehen/Diäten gesprochen?“
„Warum ist/war das Thema?“

„Erzählen Sie mir bitte eine typische Situation.“

Hatten diese Gespräche/Kommentare in Ihrer Familie Auswirkungen darauf, wie Sie über sich, Ihren Körper, Ihre Figur denken?“ „Diätverhalten dadurch ausgelöst?“

„Wie kommt es, dass Sie sich (nicht) beeinflussen lassen?“

ENDE

„Jetzt am Ende unseres Interviews habe ich noch einige konkrete Fragen zu...“

„Haben wir etwas vergessen, was Sie gerne noch ansprechen würden?“

**INSTITUT FÜR PSYCHOLOGIE
DER UNIVERSITÄT REGENSBURG**

Lehrstuhl für Pädagogische und Medienpsychologie

Prof. Dr. H. Lukesch, Universitätsstraße 31, 93053 Regensburg

Versuchsleiterin: Dipl.-Psych. Katrin Kiehl

Tel.: 0176-23777843, e-mail: katrin.kiehl@web.de



PROBANDENINFORMATION

Studien Teil 1 und Teil 2, Doktorarbeit Katrin Kiehl

Liebe Versuchsteilnehmerin,

hiermit möchte ich Ihnen nochmals für Ihre Teilnahme an den von mir im Rahmen meiner Doktorarbeit durchgeführten Erhebungen danken.

Folgend finden Sie einige Hintergrundinformationen zu meinen Untersuchungen.

Ca. im Laufe des Jahres 2010 wird meine Doktorarbeit veröffentlicht werden. Über die Universitätsbibliothek Regensburg wird für Sie dann die Möglichkeit bestehen, in das Manuskript genauen Einblick zu nehmen.

Herzliche Grüße,
Katrin Kiehl, Dipl.-Psych.

0. Einleitung

Störungen oder Auffälligkeiten des Essverhaltens können bei jungen Frauen relativ häufig beobachtet werden (Jacobi, Paul & Thiel, 2004). Häufiges Diätverhalten und andere mehr oder weniger ungesunde Methoden zur Regulation des eigenen Körpergewichtes sowie eine erhöhte Besorgnis um die eigene Figur und das eigene Gewicht sind bei weiblichen Adoleszenten und jungen Frauen bis 30 Jahre weit verbreitet (Harris & Cummella, 2006; Jacobi et al, 2005; Rosen & Gross, 1987). Im Vergleich dazu sind vollständige Syndrome von Essstörungen, wie sie mit den gängigen Diagnosesystemen, der ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 2000) und dem DSM-IV (Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003), erfasst werden, eher selten.

Auf die zahlreichen methodischen Probleme, welche mit Untersuchungen zur Prävalenz und Inzidenz von Essstörungen verbunden sind, soll an dieser Stelle nur hingewiesen werden (für nähere Informationen siehe Jacobi, Paul und Thiel [2004] und Hoek [2006]). Werden strenge diagnostische Kriterien zu Grunde gelegt, finden sich in der Gruppe junger Frauen durchschnittliche Prävalenzraten für Anorexia nervosa und Bulimia nervosa von 0.3 respektive 1 % (Hoek, 2006), wobei bei der Anorexia nervosa mehr als 90 % und bei der Bulimia nervosa ca. 85 % der betroffenen Personen weiblich sind (Tuschen-Caffier, Pook & Hilbert, 2005). Nach Fettsucht und Asthma handelt es sich bei der Anorexia nervosa um die dritthäufigste chronische Erkrankung bei Mädchen und jungen Frauen zwischen 10 und 19 Jahren (Kohn & Golden, 2001). In der Allgemeinbevölkerung leiden darüber hinaus schätzungsweise 0.7 bis 4.6 % der Bevölkerung an einer Binge-Eating-Störung (Tuschen-Caffier et al., 2005).

Allerdings erfüllen weitaus mehr junge Frauen die Kriterien einer partiellen Essstörung („nicht näher bezeichnete Essstörung“ nach DSM-IV, „atypische Anorexia und Bulimia nervosa“ und „nicht näher bezeichnete Essstörung“ nach ICD-10). Diese Frauen weisen zwar nicht das klinische Vollbild einer Anorexia oder Bulimia nervosa auf, so dass ihr gestörtes Essverhalten nicht das Ausmaß für eine Diagnosestellung erreicht, sie sind jedoch nicht minder belastet und behandlungsbedürftig (Brunner & Resch, 2006).

Der durchschnittliche Erkrankungsbeginn der Bulimia nervosa liegt bei ca. 22 Jahren und somit später als derjenige der Anorexia nervosa (17 Jahre). Auch die Binge-Eating-Störung beginnt im Durchschnitt später als die Anorexia nervosa (Tuschen-Caffier et al., 2005). Der größte Anteil der Störungen wird vor dem Alter von 25 Jahren diskutiert (Woodside & Garfinkel, 1992).

Besonders alarmierend ist, dass epidemiologische Studien einen Anstieg von Essstörungen bei Jugendlichen sowie eine Verschiebung des Erkrankungsalters auf jüngere Altersgruppen feststellen (Brunner & Resch, 2006). Nicht zuletzt aufgrund der bereits weiter oben erwähnten methodischen Probleme ist zum jetzigen Zeitpunkt jedoch noch nicht abschließend geklärt, ob es in den letzten Jahrzehnten tatsächlich zu einer realen Zunahme von Essstörungen gekommen ist. Die gefundenen erhöhten Inzidenzraten könnten auch auf einer Verbesserung diagnostischer Inventare und/oder einer stärkeren Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten durch Betroffene, und damit einhergehend auf eine höhere Entdeckungsrate, zurückzuführen sein (Fairburn & Harrison, 2003; Hoek, 2006). Nichtsdestoweniger können Essstörungen als ernsthaftes Gesundheitsproblem betrachtet werden, da diese nicht selten einen chronischen Verlauf und erhöhte Mortalitätsraten aufweisen sowie mit zahlreichen körperlichen, psychischen und sozialen Komorbiditäten und Folgeproblemen einhergehen (Johnson, Cohen, Kasen & Brook, 2002; Mitchell & Crow, 2006; Woodside & Staab, 2006).

Die finanziellen Aufwendungen des Gesundheitssystems für Behandlungs- und Therapiekosten sowie der volkswirtschaftliche Schaden, der durch Essstörungen verursacht wird, sind als enorm einzuschätzen (Krauth, Buser & Vogel, 2002; Simon, Schmidt & Pilling, 2005; Striegel-Moore, Leslie, Petrill, Garvin & Rosenheck, 2000). Nicht zuletzt aus diesem Grund wurden in den letzten Jahren zunächst v. a. in den USA Präventionsprogramme für Essstörungen entwickelt und evaluiert. Auch international wird derzeit vermehrt Forschung im Bereich der Prävention von Essstörungen gefordert (Geissner, 2005; Steiner-Adair et al., 2002). In Deutschland ist im Bereich von Essstörungen bislang v. a. die Therapieforschung etabliert, wohingegen Präventionsmodelle und Präventionsforschung bislang eher weniger verbreitet sind (Dannigkeit, Köster & Tuschen-Caffier, 2005). Ermutigende Studien und Programmentwicklungen finden sich jedoch auch im deutschen Sprachraum (Dannigkeit et al., 2005; Jacobi et al., 2005; Köster, Dannigkeit & Tuschen-Caffier, 2005) und es bleibt zu hoffen, dass zukünftig noch mehr wirksame primär- und sekundärpräventive Maßnahmen konzipiert und evaluiert werden, welche darauf abzielen, den Einfluss spezifischer Risikofaktoren für Essstörungen zu verringern bzw. protektive Faktoren zu stärken. Hierfür ist eine genaue Kenntnis und Erforschung eben dieser Risiko- und Schutzfaktoren eine unabdingbare Voraussetzung. Die vorliegende Dissertationsstudie ist **in dem Bereich der Risikofaktorenforschung bei Essstörungen** angesiedelt und soll hierzu einen Beitrag leisten, denn:

Although it is known that social, psychological, and biological factors play a part in eating disorders, *not enough is known about risk factors* [Hervorhebung v. Verf.] to develop effective

preventive measures. Despite this, a few prevention studies have been attempted. [...]. But such studies lack a sound theoretical basis or strong study design. (Editorial, The Lancet, 2007, S. 1142)

Untersucht werden soll zum einen der Zusammenhang zwischen verschiedenen, empirisch bestätigten Risikofaktoren/retrospektiven Korrelaten für Essstörungen sowie deren Zusammenhang mit allgemeinen psychopathologischen Auffälligkeiten. Des Weiteren soll überprüft werden, inwieweit das Vorliegen bestimmter Risikofaktoren mit der Beeinflussbarkeit junger Frauen im Alter zwischen 18 und 25 Jahren durch Medien und dem durch diese transportierten Schönheits-/Schlankheitsideal in Verbindung gebracht werden kann. Erfahrungen mit Peers in der Jugend sowie elterliche Einflüsse hinsichtlich der Übernahme des Schönheits- und Schlankheitsideals sollen als vermittelnde Faktoren überprüft werden.

**INSTITUT FÜR PSYCHOLOGIE
DER UNIVERSITÄT REGENSBURG**

Lehrstuhl für Pädagogische und Medienpsychologie

Prof. Dr. H. Lukesch, Universitätsstraße 31, 93053 Regensburg

Versuchsleiterin: Dipl.-Psych. Katrin Kiehl

Tel.: 0176-23777843, e-mail: katrin.kiehl@web.de



PROBANDENINFORMATION

**Studie Medienkonsum – Konsumentenpersönlichkeit –
Werbewirksamkeit – Konsumpräferenzen**

Liebe Versuchsteilnehmerin,

wir laden Sie ein, an einer wissenschaftlichen Untersuchung (Doktorarbeit von Frau Dipl.-Psych. K. Kiehl) am Institut für Psychologie der Universität Regensburg teilzunehmen.

Die Art der Untersuchung, die dabei verwendeten Methoden und die dadurch entstehenden Risiken werden im Folgenden erklärt.

Ziel der Untersuchung ist es, Zusammenhänge zwischen der Art und der Häufigkeit des Medienkonsums, der Wirksamkeit von Werbung, Konsumpräferenzen (Bevorzugung von Markenprodukten, Neigung zu bestimmten Modestilen und Produktdesigns) und der Konsumentenpersönlichkeit zu erfassen.

Die Untersuchung besteht aus mehreren Teilen: Zunächst sollen Sie in einem Computerexperiment Modeoutfits sowie Parfümfläschchen anhand verschiedener Kriterien be-

urteilen. Sowohl vor als auch nach dem Computerexperiment werden Sie gebeten, Fragebögen auszufüllen, in welchen insbesondere Persönlichkeitseigenschaften (z. B. Perfektionismus, Körperbild, Selbstbild), Einstellungen und Gefühle erhoben werden („Persönlichkeit des Konsumenten“). Zuletzt werden Ihnen in einem persönlichen Gespräch anhand eines standardisierten Interviewleitfadens einige Fragen zu Bedingungen der Wirksamkeit von Werbebotschaften und zu dem Thema Attraktivität gestellt. Dieses Gespräch wird anonymisiert aufgezeichnet, um es später anhand standardisierter Kriterien transkribieren und auswerten zu können.

Die gesamte Untersuchung wird ungefähr zwei Stunden benötigen. Pro Stunde erhalten Sie eine Aufwandspauschale von 8,00 Euro, die unmittelbar am Ende der Untersuchung ausgezahlt wird. Psychologiestudentinnen der Universität Regensburg erhalten anstatt der Aufwandspauschale Versuchspersonen- oder Forschungsstunden bestätigt. Alle Untersuchungsteilnehmerinnen erhalten am Ende der Untersuchung zusätzlich einen McDonalds McCafé Gutschein im Wert von ca. 5,00 Euro.

Bei vorzeitigem Abbruch der Untersuchung reduziert sich die Aufwandspauschale entsprechend der dadurch kürzeren Untersuchungsdauer, bei unvorhergesehener Verlängerung der Untersuchungsdauer erhöht sich die Aufwandspauschale anteilmäßig.

Mit welchen Risiken oder Nebenwirkungen muss ich rechnen?

Der Hauptteil der Untersuchung besteht darin, dass Sie in einem Computerexperiment Bilder von Modeoutfits und Parfümfläschchen anhand bestimmter Kriterien beurteilen sollen. Ähnliche Bilder begegnen Ihnen tagtäglich in Werbeannoncen und Werbespots. Deshalb ist nicht zu erwarten, dass die Beurteilung der Bilder längerfristige Folgen über die Untersuchungssituation hinaus für Sie hat. Dasselbe gilt sowohl für die auszufüllenden Fragebögen als auch für das Gespräch mit der Versuchsleiterin. Auch hier sind kurzfristige Unsicherheiten – z. B. bedingt durch die ungewohnte Situation im Labor – möglich, längerfristige emotionale Nachwirkungen jedoch äußerst unwahrscheinlich.

Allgemeine Hinweise

Es ist wichtig, dass Sie auch auf allgemeine Prinzipien der Untersuchung hingewiesen werden:

1. Sie selbst gewinnen keinen unmittelbaren Nutzen aus der Untersuchung.

2. Alle erhobenen Daten werden anonymisiert und streng vertraulich behandelt. Alle Daten, die erhoben werden, dienen ausschließlich Forschungszwecken (Erstellung der Doktorarbeit von Frau Dipl.-Psych. Kiehl) und werden ohne Angabe des Namens unter einer Codenummer (Chiffre) gespeichert. Die Zuordnung der Codenummern zu den erhobenen Daten ist nur der Versuchsleiterin bekannt und wird nach Abschluss der Studie vernichtet. Die anonymisierte Abschrift des Interviews wird nicht veröffentlicht. In die Veröffentlichung der Doktorarbeit gehen aber einzelne Zitate ein, selbstverständlich, ohne dass erkennbar ist, von welcher Person sie stammen. Weitere an der Untersuchung und den Auswertungen beteiligte Personen unterliegen der Schweigepflicht.
3. Die Teilnahme ist völlig freiwillig. Sie können aus der Untersuchung jederzeit ausscheiden, ohne dass Sie deshalb einen Nachteil erleiden.
4. Nach Abschluss der kompletten Studie erhalten Sie ausführliches Informationsmaterial über die Studie (Zusendung per e-mail). Wir bitten Sie bereits an dieser Stelle nach der Untersuchung **Stillschweigen über den genauen Ablauf** zu bewahren und sich nicht mit anderen potenziellen Versuchsteilnehmerinnen auszutauschen. Dies kann zu verzerrten Ergebnissen führen, da nicht mehr alle Teilnehmerinnen mit gleichen Voraussetzungen (gleicher Wissensstand) die Untersuchung absolvieren!

Bitte besprechen Sie jetzt alle noch verbleibenden Fragen mit der Versuchsleiterin.

Unterschreiben Sie dann die Ihnen vorliegende Einverständniserklärung.

Kategoriensystem – Studie 3

A Körperunzufriedenheit

- 1. Situationen**
- 2. Subjektive Gründe für eigene Zufriedenheit**
- 3. Subjektive Gründe für eigene Unzufriedenheit**
- 4. Wissen/Einstellungen bezüglich des Themas „schlank sein“**

B Diätverhalten

- 1. Erfahrungen mit Diäten**
- 2. Wissen/Einstellungen bezüglich des Themas „Diäten“**

C Mediale Präsentation des Schlankheitsideals

- 1. Erfahrungen mit Models**
- 2. Wissen/Einstellungen bezüglich des Themas „Models“**
- 3. Subjektive Gründe für den Konsum von Modemagazinen/Modereportagen**

D Peers

- 1. Erfahrungen in der Schulzeit**
- 2. Auswirkungen erlebter Hänseleien**
- 3. Subjektive Gründe für negative Auswirkungen**

E Partnerschaft/Männer

- 1. Erfahrungen mit negativen Kommentaren**
- 2. Auswirkungen erlebter Kommentare**
- 3. Von Männern bevorzugter Frauentyp**

F Eltern

1. Erfahrungen mit negativen Kommentaren

2. Auswirkungen erlebter Kommentare

G Häufigkeiten

1. Diäten (selbst durchgeführt)

- 0 nie
- 1 selten
- 2 häufig

2. Diäten (seitens Bezugspersonen)

- 0 nie
- 1 selten
- 2 häufig

3. Negative Kommentare von Peers

- 0 nein
- 1 ja

4. Negative Kommentare von Partnern

- 0 nein
- 1 ja

5. Negative Kommentare von Familienangehörigen

- 0 nein
- 1 ja

Codebuch – Studie 3

A Körperunzufriedenheit

1. Situationen

Situationen, in denen sich die Probandin als unzufrieden mit ihrem Körper erlebt. Situationen, in denen die Probandin negative Gefühle im Zusammenhang mit ihrem Äußeren erlebt.

Beispiel: „Oder auch beim Hosen kaufen. Dass ich dann wieder so eine große Größe kaufen muss, damit es passt. Und dann ist sie viel zu lang, weil die Beine viel zu kurz sind.“ (Probandin 25KT01, HR).

2. Subjektive Gründe für eigene Zufriedenheit

Gründe, die von der Probandin für ihre Zufriedenheit mit dem eigenen Körper und mit ihrem Äußeren genannt werden.

Beispiel: „Ich denke, dass sich in meiner Entwicklung nicht viel an meiner Figur getan hat. Und dass ich deswegen eigentlich ganz zufrieden bin. Und wenn man mal wieder so ein paar Kilos zugelegt hat, dann kann ich die auch wieder abnehmen, aber dann ist auch wieder gut.“ (Probandin 26MP234, HR).

3. Subjektive Gründe für eigene Unzufriedenheit

Gründe, die von der Probandin für ihre Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und mit ihrem Äußeren genannt werden.

Beispiel: „Also, ich würde sagen, das hat auch einen Großteil damit zu tun, wie es in meiner Familie ist. Meine Mutter war früher auch relativ dick und hat dann rapide abgenommen, also fast 20 Kilo. Und seitdem dreht sich bei uns eigentlich alles nur um das Essen, um das gesund essen, um das Schlanksein.“ (Probandin 10KJ10, HR).

4. Wissen/Einstellungen bezüglich des Themas „schlank sein“

Assoziationen der Probandin zum Thema „schlank sein“. Was denkt die Probandin über das Thema „schlank sein“, welche Einstellungen hat sie dazu.

Beispiel: „Auf jeden Fall Sportlichkeit und in gewisser Weise in der heutigen Zeit auf jeden Fall beliebt sein. Gerade im Beruf ist es wichtig, dass man ein gutes Erschei-

nungsbild zeigt. Auch positives Denken, gesunde Ernährung auf jeden Fall. Viel Gemüse, ja.“ (Probandin 25KT01, HR).

B Diätverhalten

1. Erfahrungen mit Diäten

Wenn die Probandin schon einmal eine oder mehrere Diäten gemacht hat: Welche Erfahrungen hat sie damit gemacht? Waren die Diäten wirksam? Welche positiven oder negativen Folgen hatte das Durchführen von Diäten? Welche Gründe werden von der Probandin für das Durchführen, bzw. für das Nicht-Durchführen, einer Diät genannt? Als „Diät“ soll eine besondere Ernährung verstanden werden, die von der normalen Ernährung abweicht. Ziel einer solchen Diät ist die Gewichtsreduktion. Nicht unter dem Begriff „Diät“ werden in der vorliegenden Studie umfassende und längerfristige Ernährungsumstellungen verstanden.

Beispiel: „Ja, typischer Jo-Jo-Effekt ist immer eingetreten und irgendwann habe ich mir überlegt, es ist eben gut, wenn der Körper lange Zeit hat und an die eigenen Fettserven sozusagen geht.“ (Probandin 28BE14, HR).

2. Wissen/Einstellungen bezüglich des Themas „Diäten“

Assoziationen der Probandin zum Thema „Diäten“. Was denkt die Probandin über das Thema „Diäten“, welche Einstellung hat sie dazu.

Beispiel: „Auf jeden Fall gehört immer Bewegung dazu. Das steht glaube ich bei jeder Diät dabei, dass man sich auch darum kümmern muss.“ (Probandin 25KT01, HR).

C Mediale Präsentation des Schlankheitsideals

1. Erfahrungen mit Models

Welche Rolle spielen Models im Alltag der Probandin? Welche Erfahrungen verbindet sie damit? Welche Reaktionen werden durch das Betrachten von Modelbildern bei der Probandin ausgelöst? Wird bzw. wurde die Probandin von Modelbildern beeinflusst? Wenn ja, wie?

Beispiel: „Also, ich finde ein paar sehen wirklich sehr hübsch aus. Und da kann ich mir schon ein Vorbild daran nehmen.“ (Probandin 25KT01, HR).

2. Wissen/Einstellungen bezüglich des Themas „Models“

Assoziationen der Probandin zum Thema „Models“. Was denkt die Probandin über das Thema „Models“, welche Einstellungen hat sie dazu.

Beispiel: „Auf jeden Fall viel Geld, viel Sport, viel Reisen, viel Erleben, viele unterschiedliche Sachen machen, auch extreme Situationen, die ein normaler, fauler Mensch vielleicht nicht unbedingt wagen würde. Und ja, man kennt viele Promis und man muss immer medienpräsent sein.“ (Probandin 25KT01, HR).

3. Subjektive Gründe für den Konsum von Modemagazinen/Modereportagen

Welche Gründe geben die Frauen für den Konsum von Modemagazinen und Modereportagen an, bzw. warum konsumieren sie diese nicht?

Beispiel: „Ja, es ist einfach ganz lustig, wenn man etwas mitbekommt von den Promis. Und ab und zu ist es einfach ganz amüsan, wenn man sich mit Freundinnen darüber unterhält.“ (Probandin 25KT01, HR).

D Peers

1. Erfahrungen in der Schulzeit

Welche Erfahrungen haben die Probandinnen in ihrer Schulzeit mit sozialen Vergleichen und Hänseleien/negativen Kommentaren seitens der Peers gemacht? Hierunter sollen lediglich negative Kommentare subsumiert werden, die sich auf den Körper, das Gewicht und die Figur beziehen (nicht z. B. lediglich auf den Kleidungsstil).

Beispiel: „In der Mittelstufe gab es einmal einen Spruch, der tut mir heute noch weh. Und zwar hatte ich eine recht eng anliegende Stoffhose an und darunter einen Tanga. Hinter mir sind Jungen aus meiner Klasse gegangen und dann kam extra laut gesagt der Spruch: Wenn ich so einen Arsch hätte, würde ich keinen Tanga anziehen.“ (Probandin 28BE14, HR).

2. Auswirkungen erlebter Hänseleien

Wie wirkten sich die erlebten Hänseleien/negativen Kommentare auf die Psyche und das Verhalten der Probandin aus?

Beispiel: „*Das hat mich sehr fertig gemacht in dem Moment.*“ (Probandin 28BE14, HR).

3. Subjektive Gründe für negative Auswirkungen

Welche Gründe werden von den Frauen für die berichteten Auswirkungen der Hänseleien/negativen Kommentare auf die Psyche und das Verhalten genannt?

Beispiel: „*Und da war ich so wütend über mich selber, weil ich ja selber daran schuld bin. Man nimmt ja nicht umsonst zu.*“ (Probandin 28BE14, HR).

E Partnerschaft/Männer

1. Erfahrungen mit negativen Kommentaren

Hat die befragte Frau schon einmal innerhalb einer Partnerschaft negative Kommentare bezüglich ihres Äußeren, ihrer Figur oder ihrem Gewicht erlebt?

Beispiel: „*Doch es kam schon einmal ein Kommentar. So etwas wie, du hast ganz schön zugelegt oder zugenommen.*“ (Probandin 28BE14, HR).

2. Auswirkungen erlebter Kommentare

Welche Auswirkungen auf die Psyche und das Verhalten wurden durch die negativen Kommentare des Partners ausgelöst?

Beispiel: „*Und da habe ich natürlich komplett zugemacht, da ging das ganze Problem eigentlich erst richtig los. Weil wenn man es vom eigenen Freund hört, du hast ganz schön zugenommen, das ist wirklich heftig.*“ (Probandin 28BE14, HR).

3. Von Männern bevorzugter Frauentyp

Welchen Typ von Frau bezogen auf das äußere Erscheinungsbild bevorzugen aus der Sicht der befragten Frauen Männer?

Beispiel: „*Also, bei typischen Sunnyboys denke ich auf jeden Fall, die Frau muss groß sein, blond am besten, sehr schlank, hochhackige Schuhe, enge Jeans, da sind sie zufrieden.*“ (Probandin 25KT01, HR).

F Eltern

1. Erfahrungen mit negativen Kommentaren

Hat die befragte Frau schon einmal von ihren Eltern negative Kommentare bezüglich ihres Äußeren, ihrer Figur oder ihrem Gewicht erlebt?

Beispiel: „*Mein Papa hat immer gesagt, ja bei uns war immer dieses euphemistische Wort mollig. Ich sei zu mollig und ich sollte doch mehr Sport machen und was weiß ich. Da kam schon ab und zu ein bisschen so ein giftiger Kommentar.*“ (Probandin 22PK17, HR).

2. Auswirkungen erlebter Kommentare

Welche Auswirkungen auf die Psyche und das Verhalten wurden durch die negativen Kommentare der Eltern ausgelöst?

Beispiel: „*Aber das hat mich selten wirklich verletzt. Also, es war oft im Spaß. Und ich wusste auch, dass es im Grunde stimmt.*“ (Probandin 22PK17, HR).

G Häufigkeiten

1. Diäten (selbst durchgeführt)

Als „Diät“ soll eine besondere Ernährung verstanden werden, die von der normalen Ernährung abweicht. Ziel einer solchen Diät ist die Gewichtsreduktion. Nicht unter dem Begriff „Diät“ werden in der vorliegenden Studie umfassende und längerfristige Ernährungsumstellungen verstanden.

0 nie: Die Probandin hat noch nie eine Diät im obigen Sinne durchgeführt.

Beispiel: „*Also, Diäten direkt nicht. Wenn dann eben nur gesunde Ernährung und mehr Bewegung.*“ (Probandin 25KT01, HR).

1 selten: Die Probandin gibt an, eine oder zwei verschiedene Diäten, bzw. dieselbe Diät zweimal, durchgeführt zu haben.

Beispiel: „*Wo ich noch in der Pubertät war. Da habe ich einfach mehr Sport gemacht und am Abend nichts mehr gegessen. Ich habe in der früh nichts gegessen und am*

Abend nichts gegessen, zwischendrin schon. Es war nicht so sinnvoll im Nachhinein. Also, jetzt würde ich es nicht mehr machen.“ (Probandin 23RA55, HR).

2 häufig: Die Probandin gibt an, zwei oder mehr Diäten, bzw. dieselbe Diät mehr als zweimal, durchgeführt zu haben.

Beispiel: *„Ich habe sehr viel ausprobiert. Von Wundersuppe, also Kohlsuppendiät, bis Reisdiät. Säfte, Suppen, alles Mögliche ausprobiert.“* (Probandin 28BE14, HR).

2. Diäten (seitens Bezugspersonen)

Als „Diät“ soll eine besondere Ernährung verstanden werden, die von der normalen Ernährung abweicht. Ziel einer solchen Diät ist die Gewichtsreduktion. Nicht unter dem Begriff „Diät“ werden in der vorliegenden Studie umfassende und längerfristige Ernährungsumstellungen verstanden. Als Bezugspersonen der Probandin gelten Vater, Mutter, Geschwister.

0 nie: Keine Bezugsperson hat eine Diät im obigen Sinne durchgeführt.

Beispiel: *„Nein, wüsste ich jetzt nichts.“* (Probandin 23RA55, HR); auf die Frage nach Diäterfahrungen von Bezugspersonen.

1 selten: Keine Bezugsperson hat eine oder zwei verschiedene Diäten, bzw. dieselbe Diät zweimal, durchgeführt.

Beispiel: *„Mein Vater hat schon einmal eine gemacht. (...) Ja, das war erfolgreich, das Gewicht hat er gehalten.“* (Probandin 25GW26, HR).

2 häufig: Eine Bezugsperson hat mehr als zwei Diäten, bzw. dieselbe Diät mehr als zweimal, durchgeführt. Oder mehr als eine Bezugsperson haben jeweils eine oder mehr Diäten durchgeführt.

Beispiel: *„Ja, meine Mutter hat auch schon öfters das Entgiften gemacht. Da trinkt sie glaube ich nur Tee die erste Zeit. Dann fängt sie langsam wieder an normal zu essen. Das macht sie alle 2 Jahre.“* (Probandin 16HA45, HR).

3. Negative Kommentare von Peers

0 nein: Von der Probandin werden keine negativen Kommentare berichtet.

1 ja: Von der Probandin werden negative Kommentare berichtet.

4. Negative Kommentare von Partnern

0 nein: Von der Probandin werden keine negativen Kommentare berichtet.

1 ja: Von der Probandin werden negative Kommentare berichtet.

5. Negative Kommentare von Eltern

0 nein: Von der Probandin werden keine negativen Kommentare berichtet.

1 ja: Von der Probandin werden negative Kommentare berichtet.