



DIPLOMARBEIT / DIPLOMA THESIS

Titel der Diplomarbeit / Title of the Diploma Thesis

„Die Auswirkungen von Anorexie und
Übergewicht/Adipositas im psychischen Wohlbefinden“

verfasst von / submitted by

Stephanie Tober

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, 2016 / Vienna, 2016

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 298

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Psychologie

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof. Dipl.Psych.DDr. Kristina Hennig- Fast

“There is no health without mental health!”

(WHO)

Danksagung

Gebührend an erster Stelle gilt mein Dank vor allem meiner Familie insbesondere meiner Mutter, die mir bei jeder noch so banalen Kleinigkeit ein offenes Ohr geschenkt hat und ohne ihre Förderung und Motivation ich nie so weit gekommen wäre, wie ich heute bin! Des Weiteren möchte ich meiner Betreuerin danken, die mir bei jeder Frage und bei jedem Problem mit Rat und Tat beiseite gestanden ist.

Mein Dank geht auch an meine Freunde, die mich immer wieder aufgefangen haben, mir neue Motivation geschenkt haben und mir auch bei einem noch so miesen Tag ein Lächeln auf die Lippen gezaubert haben.

Zusätzlich gilt mein Dank einigen ganz besonderen Person, die mir immer wieder den Rücken frei gehalten haben und mir immer wieder das Gefühl gegeben haben, nicht alleine mit der Verfassung dieser Arbeit sein.

Danke!

Anmerkungen

Dieser Diplomarbeit liegt eine Studie mit dem Namen „Selbst- und Fremdwahrnehmung in sozialen Kontexten bei Frauen“ zugrunde, die in Zusammenarbeit mit meinen Studienkolleginnen Johanna Jensen, Sophie Enzenhofer, Sarah Enzenhofer und Elisabeth Gager durchgeführt wurde. Das hat zur Folge, dass die verwendeten Daten der gemeinsamen Stichprobe sich in den verschiedenen Arbeiten überschneiden. Jede Diplomandin widmet sich der Untersuchung verschiedener Schwerpunkte mit verschiedenen Fragestellungen. Johanna Jensen vergleicht in ihrer Fragestellung Frauen, die an Bulimie leiden und jene ohne einer Essstörung hinsichtlich ihrer Ausprägung im Attraktivitäts-Geschlecht-Bias (AGB). Sophie Enzenhofer untersucht Unterschiede zwischen Frauen mit Anorexie und Frauen ohne einer Essstörung hinsichtlich des AGB. Sarah Enzenhofer untersucht, unter Berücksichtigung des Selbstwerts, den Einfluss von Bulimie bzw. Anorexie auf den AGB. Elisabeth Gager untersucht den Unterschied von Frauen mit Bulimie und jene ohne einer Essstörung hinsichtlich ihrer habituellen Emotionsregulation.

Jegliche Überschneidungen sind unumgänglich und nicht als Plagiat zu werten.

Um eine bessere Lesbarkeit der vorliegenden Arbeit zu ermöglichen, wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Das generische Maskulinum bezieht beide Geschlechter mit ein. Im Sinne der Gleichbehandlung der Geschlechter sollen entsprechende Begriffe als nicht geschlechtsspezifisch betrachtet werden.

Zusammenfassung

Hintergrund: Personen, die an Adipositas oder Anorexia Nervosa leiden, können auf den ersten Blick unterschiedlicher nicht sein. Dennoch weisen sie ähnliche negative psychische Aspekte bezüglich des psychischen Wohlbefindens auf und haben oftmals aus verschiedenen Gründen Probleme, sich in der Gesellschaft zurechtzufinden und anerkannt zu werden.

Ziel: Diese Studie versucht mittels Selbstbeschreibungsverfahren und dem Vergleich mit einer Kontrollgruppe, die Auswirkungen des psychischen Wohlbefindens bei übergewichtigen oder adipösen und anorektischen Personen zu untersuchen. Ziel ist es, mögliche Parallelen zwischen den zwei Erkrankungen zu finden, um die Therapiemöglichkeiten dadurch zu verbessern.

Methode: 90 Frauen im Alter von 18-40 Jahren mit der Erkrankung Adipositas, Anorexie oder ohne einer Essstörung oder somatischer Erkrankung nahmen an der Studie teil. Die Probandinnen wurden aufgrund des BMI und einem Vorab-Screening, welches Fragen aus dem SKID beinhaltet, in die verschiedenen Gruppen aufgeteilt. Die Gruppen gliederten sich in Adipositas, Personen mit einer Tendenz zu Anorexie, und Personen ohne einer Essstörung. Jede Probandin musste verschiedene Selbstbeurteilungsverfahren zu Depression, Selbstwert, Schlankheitsstreben und Körperunzufriedenheit beantworten.

Ergebnisse: Sowohl Probandinnen, die an Adipositas leiden, als auch Personen, die an Anorexie erkrankt sind, unterschieden sich signifikant von der gesunden Kontrollgruppe in Selbstwert und Depression. Zwischen den zwei Gruppen gab es keine signifikanten Unterschiede bezüglich Selbstwert und Depression.

Diskussion: Weitere Forschung ist nötig, mit einer größeren Stichprobe, um die Auswirkungen bzw. die Wechselwirkungen weiterer Faktoren auf das psychische Wohlbefinden zu untersuchen.

Schlagwörter: Anorexie, Adipositas, Selbstwert, Depression, psychisches Wohlbefinden

Abstract

Background: Persons suffering from Obesity or Anorexia seem to be totally different at the first sight. Nevertheless they share some similarities relating to their negative aspects of their mental health. Furthermore these people tend to have some problems to find their place in society.

Objective: This study examined the different effects of mental health in obese or anorectic people in a sample of 90 overweight, obese, anorectic and healthy aged 18-40 years, females.

Method: Three different groups with anorectic, obese and healthy female adults had to answer different self-report-questionnaires measuring self-esteem and depression.

Results: Both, the group with obese and anorectic persons showed no significant difference in depression and self-esteem. But in comparison with the healthy control-group, both show a significant higher value in depression and a significant lower value in self-esteem.

Discussions: The findings raise questions about other factors which implicate a lower mental health, further studies and bigger samples are required to collect additional data.

Keywords: mental health, anorexia, obesity, depression, self-esteem

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	I
Abstract	II
Inhaltsverzeichnis	III
1 Einleitung	1
2 Theoretischer Hintergrund	2
2.1 Adipositas	2
2.1.1 Definition von Adipositas	2
2.1.2 Adipositas & psychosoziale Aspekte	4
2.2 Anorexia Nervosa	5
2.2.1 Definition von Anorexia Nervosa	6
2.2.2 Anorexie & psychosoziale Aspekte	8
2.3 Selbstwert	9
2.3.1 Selbstwert & Adipositas	10
2.3.2 Selbstwert & Anorexia Nervosa	11
2.4 Depression	12
2.4.1 Depression & Adipositas	13
2.4.2 Depression & Anorexia Nervosa	15
2.5 Fazit	16
2.6 Fragestellungen & Hypothesen	17
2.6.1 Fragestellung 1	17
2.6.2 Fragestellung 2	18
3 Methode	18
3.1 Beschreibung der Stichprobe	18
3.2 Rekrutierung der Stichprobe	19
3.3 Einschlusskriterien	19
3.4 Ausschlusskriterien	20
3.5 Soziodemographische Daten	20
3.6 Anonymisierung der Daten	21
3.7 Einverständniserklärung & Aufklärung über der Studie	21

3.8 Studiendesign	22
3.9 Beschreibung der Erhebungsinstrumente	23
4 Ergebnisse	26
4.1 Beschreibung der Studienpopulation	26
4.2 Statistische Hypothesen & Auswertung	27
4.3 Forschungsfrage 1: Depressivität	28
4.4 Forschungsfrage 2: Selbstwert	37
5 Diskussion	44
5.1 Zusammenfassung der Studie	44
5.2 Beantwortung der Fragestellungen und Interpretation der Hypothesen ..	45
5.3 Kritik & Ausblick	55
6 Literaturverzeichnis	58
7 Anhang 1: Curriculum Vitae	67
8 Anhang 2: Eigenständigkeitserklärung	69

1 Einleitung

Thema der vorliegenden Diplomarbeit sind die verschiedenen Auswirkungen von Anorexie und Übergewicht oder Adipositas auf das psychische Wohlbefinden.

In den letzten Jahrzehnten kam es vor allem in den Industriestaaten zu einer rapiden Steigerung des Prozentsatzes an Personen, die an Übergewicht oder Adipositas leiden. Somit hat sich Adipositas oder auch Fettleibigkeit genannt, schon längst zu einer Volkserkrankung entwickelt und immer mehr Menschen sind davon betroffen (Thormann, Chittka, Minkwitz, Kluge, & Himmerich, 2013). An jeder Ecke werden die Menschen mit Fast-Food und ungesundem Essen überflutet. Aber Adipositas ist nicht nur eine rein somatische Erkrankung, sie verbirgt auch eine Vielzahl an negativen psychischen Gefühlen und sozialer Diskriminierung und Stigmatisierung. Die Betroffenen leiden oft still und kompensieren den Frust mit erneuter Nahrungsaufnahme (Puhl, Brownell, & Bias, 2001).

Auf der anderen Seite wird das Schönheitsideal der westlichen Welt immer dünner und schmäler. Vor allem junge Frauen und Mädchen eifern diesem Bild der „idealen“ Frau in zunehmenden Maße nach. Oftmals wird der ständige Kampf um die Gewichtsreduktion in Kombination mit anderen psychischen Faktoren krankhaft und die Betroffenen erkranken an einer Essstörung, wie beispielsweise Anorexia Nervosa (Wilsdon & Wade, 2006). Die Betroffenen tun alles, um ihr Gewicht zu reduzieren, sei es erbrechen, Abführmittel oder Entwässerungstabletten einnehmen oder exzessiv Sport treiben (Payk, 2010). Doch hinter all der scheinbar fast zwanghaften Disziplin stecken auch viele negative Emotionen (Wilsdon & Wade, 2006).

Ziel ist es, die Auswirkungen der beiden Erkrankungen auf das psychische Wohlbefinden zu untersuchen und mit dem Vergleich beider Gruppen möglicherweise hilfreiche Ergebnisse für eventuell neue Therapieansätze zu finden.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Adipositas

Adipositas, oder auch Fettleibigkeit genannt, hat sich in den letzten Jahrzehnten zu einer sogenannten Volkskrankheit entwickelt. Dieses Phänomen lässt sich besonders in den Industriestaaten beobachten und geht oft Hand in Hand mit gesundheitlichen Problemen und Beschwerden.

Gemäß Stevens et al., (2012) kann man generell in den letzten 30 Jahren weltweit von einer explosionsartigen Ausbreitung von Adipositas sprechen. Des Weiteren postulierten die Autoren, dass der Prozentsatz der adipösen Erwachsenen von 23% im Jahr 1980, auf 34% im Jahr 2008 gestiegen ist. Numerisch handelt es sich hierbei im Jahr 1980 um gerundete 250 Millionen Menschen und im Jahr 2008 um gerundete 904 Millionen, beinahe um die dreifache Anzahl an Personen.

Laut (Kiefer, Kunze, & Rieder, 2001) zeigen die Prognosen der Entwicklung der Prävalenz eine deutliche Zunahme in den letzten 10 Jahren.

Die Gründe dafür sind zahlreich und für jeden Menschen individuell verschieden. Dennoch lässt sich diese epidemische Entwicklung unter anderem auf Faktoren zurückführen, wie der ungesunde Lebensstil der Industrienationen, der bedingt durch den beruflichen Alltag oftmals mit Bewegungsmangel, Fehlernährung und verminderter Schlafdauer bzw. -qualität einhergeht (Huneault & Tremblay, 2011; Thormann et al., 2013).

2.1.1 Definition von Adipositas

Adipositas wird als eine über das Normalmaß hinausgehende Vermehrung des Körperfetts definiert, die mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für Folgekrankheiten und somit auch mit einem erhöhten Gesundheitsrisiko einhergeht (World Health Organization, 2000). Um abzugrenzen, ab wann von Übergewicht und infolgedessen von Adipositas zu sprechen ist, wurde mit dem BMI (Body- Mass- Index) der Grenzbereich für Übergewicht bzw. für Adipositas festgelegt. Bei Adipositas handelt es sich um eine schwere Erkrankung mit eingeschränkter Lebensqualität und

gleichzeitig hohem Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko (World Health Organization, 2000).

Gewichtskategorie	BMI (kg/m ²)
...	
Übergewicht	25.0-29.9
Adipositas Grad I	30.0-34.9
Adipositas Grad II	35.0-39.9
Adipositas Grad III	≥ 40.0

(modifiziert nach WHO, 2000)

Tabelle 1. Zuteilung Body Mass Index (BMI) in Bezug auf Adipositas

Der BMI ist der Quotient aus Gewicht und Körpergröße zum Quadrat (kg/m²). Der Bereich, der die Norm der Erwachsenen darstellt, richtet sich nach dem geringsten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko (Wirth, Wabitsch, & Hauner, 2014). Nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ICD- 10 (World Health Organization, 2000), wird Übergewicht ab einem BMI von 25 beschrieben, und Adipositas wird ab einem BMI von 30 klassifiziert. In Abhängigkeit des Schweregrads von Adipositas ergeben sich dann noch weitere Subklassifikationen in Grad eins, zwei und drei (siehe Tabelle 1.).

Hierbei wichtig zu erwähnen ist die Tatsache, dass der BMI nicht zwischen Körperfett und Körpermitte unterscheidet, und somit auch nicht zwischen individuellen Unterschieden differenzieren kann. Folglich können daraus falsche Schlussfolgerungen getroffen werden. Es macht beispielsweise einen gravierenden Unterschied, ob eine Person, die täglich Kraftsport betreibt, einen erhöhten BMI aufweist, oder ob diese Person durch einen erhöhten Fettanteil zu diesem Ergebnis gelangt. Laut Wirth und Hauner (2013) gibt es aber auch noch andere relevante Zusatzinformationen, die bei einem BMI unter 35kg/m² nützlich sein können. Der Taillenumfang dient als Maß der abdominalen Fettverteilung. Hierbei beschreiben die

Autoren die Fettverteilung am Bauch. Als Richtwerte gelten bei Männern ein Wert bis zu 102cm und bei Frauen bis zu 88cm. Alle Werte, die über dem Richtwert des jeweiligen Geschlechts liegen, sind ein Indikator für ein erhöhtes Risiko von metabolischen oder kardiovaskulären Komplikationen (Wirth & Hauner, 2013).

2.1.2 Adipositas & psychosoziale Aspekte

Obwohl Adipositas zu den somatischen Erkrankungen zählt, spielen auch viele psychologische Prozesse zur Entstehung und Aufrechterhaltung eine wesentliche Rolle. Neumark-Sztainer et al. (2002) zeigten in ihrer Studie, dass übergewichtige junge Erwachsene signifikant mehr an psychosozialen Stress leiden, als ihre normalgewichtigen Peers. Vor allem das weibliche Geschlecht ist diesbezüglich stärker betroffen. Bookwala und Boyar (2008) bestätigten in ihrer Studie, dass Geschlechtsunterschiede auftreten in Assoziation mit BMI und psychischem Wohlbefinden. In allen vier Gruppen mit weiblichen Probandinnen und einem erhöhten BMI zeigte sich, dass diese ein signifikant niedrigeres psychisches Wohlbefinden aufwiesen, als die weibliche Kontrollgruppe mit Normalgewicht. Bei Männern konnte dieser Effekt in dieser Studie nicht nachgewiesen werden. Die Gründe für ein niedrigeres psychisches Wohlbefinden sind zahlreich und individuell stark verschieden. Vor allem bei jungen Frauen zeigt sich niedriges psychisches Wohlbefinden in der heutigen Gesellschaft sehr häufig. Durch die allgegenwärtige Präsenz des „schlanken Schönheitsideals“ werden vor allem junge Frauen mit erhöhtem BMI ständig in einen Vergleichsprozess involviert, den sie aber nicht gewinnen können (Weaver & Byers, 2006).

Darüber hinaus konnte auch in vielen wissenschaftlichen Artikeln ein Zusammenhang zwischen Übergewicht/Adipositas und sozialer Diskriminierung gefunden werden (Crandall & Schiffhauer, 1998; Harris, Harris, & Bochner, 1982; Tiggemann, 1994). Laut Puhl & Brownell (2006) tritt soziale Diskriminierung in vielen Variationen und bei verschiedenen Gelegenheiten auf. In ihrer Studie zeigten sie auf, dass soziale Diskriminierung auch schon bei Personen auftritt, die einen leicht

erhöhten BMI aufwiesen. Die häufigste Art der sozialen Diskriminierung erlebten sowohl weibliche als auch männliche Probanden in Form von negativen Kommentaren bezüglich ihres Übergewichts von Kindern, Familienmitgliedern und Ärzten. Des Weiteren berichteten sie in ihrer Studie, dass Frauen, die sich schon lange mit der Reduzierung ihres Gewichts oder verschiedenen Diäten beschäftigten, mehr an sozialer Diskriminierung leiden als Frauen, welche dies nicht taten. Zur Kompensation gaben viele Probandinnen unter anderem eine erhöhte Nahrungszufuhr an (Puhl & Brownell, 2006).

In zahlreichen Studien wurde darüber hinaus auch untersucht, welche stereotypen Vorstellungen in der heutigen Gesellschaft über übergewichtige bzw. adipöse Personen verankert sind (Klaczynski, Goold, & Mudry, 2004; Puhl et al., 2001; Puhl & Brownell, 2006). Puhl, Henderson und Brownell (2008) konnten aufzeigen, dass übergewichtigen oder adipösen Personen Persönlichkeitseigenschaften zugeschrieben werden, wie: einen schwachen Willen haben, Faulheit, Liederlichkeit, Inkompetenz, emotionale Instabilität, unhygienisches Verhalten und sogar, dass sie fehlerhaft als Mensch seien. Laut Puhl und Latner (2007) herrscht jenes diskriminierende Denken auch schon bei Kindern vor. Sie konnten aufzeigen, dass bereits Kinder im Alter von sieben bis zwölf Jahren stereotypes Denken über übergewichtige bzw. adipöse Personen aufweisen. Sie vertreten die Meinung, dass adipöse Kinder faul, ungeliebt, weniger freundlich und glücklich sind, und halten sie des Weiteren für weniger anziehend als normalgewichtige Kinder (Puhl & Latner, 2007).

Wirth und Hauner (2013) verdeutlichten in ihrer Studie, dass es durch fortlaufende soziale Diskriminierungen zu einer Störung des eigenen Körperbilds und zu einem verminderten Selbstwert der betroffenen übergewichtigen oder adipösen Personen kommen kann.

2.2 Anorexia Nervosa

Anorexia Nervosa, oder auch Magersucht genannt, ist eine schwerwiegende und

ernsthafte psychische Störung. Die betroffenen Personen induzieren durch extremes Hungern deutliches Untergewicht. Dieses Verhalten wird in der Literatur als *restriktiver Typ* beschrieben (Payk, 2010). Kommt es zu einem massiven Gewichtsverlust, unterstützt durch selbst induziertes Erbrechen, wie auch durch Einnahme von Appetitzüglern, Abführmitteln, Entwässerungsmedikamenten und Schilddrüsenpräparaten, spricht man vom sogenannten *Purging-Typ* (Payk, 2010). In vielen Fällen liegt das Gewicht der Magersüchtigen 25% unter dem Normalgewicht. Manche der Erkrankten hungern sich bis hin zur vollkommenen Auszehrung des eigenen Körpers, auch Kachexie genannt (Steinhausen, 2002).

In den meisten Fällen sind junge Mädchen oder Frauen von dieser Krankheit betroffen. Das Verhältnis von Frauen und Männer liegt bei dieser Störung ungefähr bei 10:1. (American Psychiatric Association, 2013). Gemäß Sullivan (1995) ist die Prognose der Magersucht im Vergleich der 15- bis 24-jährigen Personen in der Allgemeinbevölkerung mit einer zwölf Mal höheren jährlichen Mortalitätsrate versehen. Die Inzidenzrate liegt bei Frauen in dieser Altersklasse bei 109,2 pro 100.000 Personen und scheint zusätzlich in den letzten Jahren noch stark angestiegen zu sein (Van Son, Van Hoeken, Bartelds, Van Furth, & Hoek, 2006). Auf die Allgemeinbevölkerung bezogen liegen die Inzidenzraten zwischen 4,7 und 8,3 pro 100.000 Personen (Currin, Schmidt, & Jick, 2005; Hoek & Hoeken, 2003; Van Son et al., 2006).

Nur 20 Prozent der erkrankten Personen können vollständig genesen. Im Gegensatz dazu bleibt der gleiche Prozentsatz ein Leben lang schwer krank bis hin zum Tod (Sullivan, 1995). Oftmals besteht bei den betroffenen Personen keine Krankheitseinsicht (Payk, 2010).

2.2.1 Definition von Anorexia Nervosa

Anorexia Nervosa zählt zu den psychischen Störungen aus dem Bereich der seelisch bedingten Essstörungen (American Psychiatric Association, 2013). Betroffene der Störung haben große Angst dick zu werden, dem wachsenden Wunsch nach Essen nachzugeben, und allgemein die Kontrolle über Gewicht und Figur zu verlieren

(Comer, 2008).

Nach den Diagnosekriterien des DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) wird die Krankheit Anorexia Nervosa unter anderem diagnostiziert, wenn der BMI unter 17,5 (kg/m²) liegt bzw. wenn sich das Körpergewicht unter 85% des zu erwartenden Körpergewichts, in Relation zu Körpergröße und Alter befindet. Des Weiteren, wie bereits weiter oben erwähnt, begleitet die betroffenen Personen, eine ständige Angst vor einer Gewichtszunahme. Um eine permanente Gewichtsreduzierung zu gewährleisten, entwickeln anorektische Personen viele verschiedene Techniken, unter anderem auch exzessive sportliche Betätigung oder Medikamentenmissbrauch etc. Ein weiteres Kriterium, das bei dieser Essstörung sehr oft auftritt, ist die verzerrte Wahrnehmung des eigenen Körpers oder bestimmter Körperteile. Betroffene betrachten den abgemagerten, ausgezerrten Körper immer noch als zu dick. Selbst wenn sie sich über den meist besorgniserregenden Zustand ihres Körpers im Klaren sind, werden trotz allem noch einzelne Körperteile als zu dick betrachtet (American Psychiatric Association, 2013).

Laut Hoek und van Hoeken (2003) liegt der Altersabschnitt in dem die meisten Betroffenen erkranken zwischen dem 15 und 19 Lebensjahr. Die Prävalenz befindet sich in dieser Altersklasse durchschnittlich bei 0,3%. Auf die Allgemeinbevölkerung bezogen liegen die Inzidenzraten zwischen 4,7 und 8,3 pro 100.000 Personen (Hoek & Hoeken, 2003).

Mit einem Prozentsatz zwischen 55 und 95 zählen affektive Störungen und Angststörungen zu den häufigsten komorbiden Störungen von Anorexia Nervosa (Blinder, Cumella, & Sanathara, 2006).

Das gewohnheitsmäßige Hungern begleitet auch eine Reihe somatischer Probleme. Frauen entwickeln oftmals Amenorrhoe (das Ausbleiben der Menstruation) oder Arrhythmia (Herzrhythmusstörung). Des Weiteren können sich Konsequenzen ergeben, wie: erniedrigte Körpertemperatur, niedriger Blutdruck, geschwollener Bauch, reduzierte Knochenmineraliendichte und verlangsamter Puls (Comer, 2008; in Frölich, von Gontard, Lehmkuhl, Pfeiffer, & Lehmkuhl, 2001).

2.2.2 Anorexie & psychosoziale Aspekte

Essstörungen, und somit auch die Magersucht, finden ihren Anfang oftmals in der Pubertät und sind psychosomatische Symptombildungen. Gemäß Buddeberg-Fischer (1997) haben diese verschiedene Funktionen, wobei der Fokus im Umgang mit magersüchtigen Personen eindeutig auf zwei Funktionen der Anorexia Nervosa liegt:

- Die Signalfunktion: Diese dient als Hinweis bzw. Hilferuf, dass die betroffenen Personen nicht genügend innerseelische Kräfte oder unzureichende soziale Unterstützung im sozialen Umfeld finden
- Die Affektfunktion: Diese Art von Symptombildung dient als Neutralisierung heftiger Gefühle, wie Wut, Trauer, Ärger etc.

Die Gründe für psychosomatische Symptombildungen sind zahlreich und individuell verschieden. Dennoch ist es ein unbestreitbares Faktum, dass vor allem in den Industrienationen ein Ideal von körperlicher Schlankheit vorherrscht. Schlank zu sein wird in diesen Kulturkreisen oftmals assoziiert mit Erfolg, Geld und Schönheit. Besonders junge Frauen mit mangelndem Selbstvertrauen unterliegen diesem Druck und verfangen sich in dem Teufelskreis der Magersucht (Fichter, 2008). Der Auslöser zur Magersucht folgt in vielen Fällen auf ein belastendes Ereignis und dient häufig, wie bereits oben erwähnt, als Signal oder Affektfunktion (Comer, 2008).

Gemäß Fichter (2008) findet sich bei Essstörungen sehr oft ein dichotomes (alles oder nichts) Denken, das die Erreichung eines speziellen Ziels, in dem Fall Gewichtsabnahme, erleichtert, die Bewältigung komplexer Alltagsprobleme jedoch erschweren dürfte.

2.3 Selbstwert

Gemäß Brown et al. (2009) ist das Konstrukt Selbstwert eines der populärsten der gegenwärtigen psychologischen Untersuchungen. In vielen Studien wird Selbstwert als unterschiedliche Variable postuliert.

- **Prädiktorvariable:** In manchen Studien wurde erkannt, dass Menschen mit einem hohen Selbstwert anders agieren, denken und fühlen, als Personen mit einem niedrigeren Selbstwert (Brown et al., 2009). In ihrer Studie konnten Brown und Dutton (1995) aufzeigen, dass Personen mit einem hohen Selbstwert nach einem Misserfolg mit einer positiveren Bewertung des Selbst die Situation meisterten, als Personen mit einem niedrigen Selbstwert.
- **Abhängige Variable:** Manche Forscher untersuchten in ihren Studien wie verschiedene Erfahrungen das eigene Selbstbild beeinflussen (Brown et al., 2009). Manche Autoren postulierten in ihren Studien, dass das Konstrukt Selbstwert schon in den frühen Kindheitsjahren entwickelt wird. Gestärkt oder geschwächt wird der Selbstwert meistens von den Bezugspersonen des Individuums und dem sozialen Umfeld, das es umgibt (Bowlby, 1969; Sullivan, 1953). Andere Autoren sehen den individuellen Selbstwert jeder Person als Konstrukt von Bewertungen und Einstellungen des Selbst und postulierten, dass Personen die Pro und Contras des individuellen Selbst abwägen und daraus ein Conclusio über sich selbst schließen und dies stellvertretend als Selbstwert fungiert (Coopersmith, 1967; Harter, 1990; Rosenberg, 1979).
- **Mediatorvariable:** Des Weiteren wurde auch untersucht, dass die Bedürfnisse des Selbstwerts eine große Anzahl an psychologischen Prozessen steuern. Laut Burns (1982) sind die individuellen Einstellungen und Bewertungen einer Person über sich selbst ausschlaggebend für das, was sie sind, was sie momentan machen, und was sie werden können. Gemäß Taylor und Brown (1988) sind Personen mit einem hohen Selbstwert tendenziell glücklicher und zufriedener mit ihrem Leben. Darüber hinaus zeigen sie eine höhere Bereitschaft, sich um andere Personen zu kümmern und geben an, sozial stärker integriert zu sein. Dies konnte von Furnham und Cheng (2000)

bestätigt werden, die in ihrer Arbeit postulierten, dass Selbstwert den dominantesten und stärksten Prädiktor von Glück und Zufriedenheit darstellt.

Darüber hinaus stellt Selbstwert das Ausmaß dar, wie sehr sich eine Person selbst mag und wertschätzt (Brown, Marshall, & Brown, 2010). Gemäß Baumeister, Campbell, Krueger und Vohs (2003) geht eine hohe Ausprägung des Selbstwerts mit beruflichem Erfolg, Widerstandsfähigkeit und subjektivem Wohlbefinden einher. Demnach stellt es keine Überraschung dar, dass Personen generell nach einem hohen Selbstwert streben und je nach Ausprägungsgrad des individuellen Selbstwerts, verschiedene Strategien anwenden, um dies zu erlangen. Personen mit einer hohen Selbstwertausprägung tendieren zu Strategien, die ihren eigenen Selbstwert verbessern. Im Gegensatz dazu beziehen sich Personen mit einem niedrigen Selbstwert auf Taktiken, die ihren Selbstwert schützen (Baumeister et al., 2003).

Kommt es zu einer selbstwertbedrohenden Situation, stellen Personen mit hoher Selbstwertausprägung positive Eigenschaften der eigenen Person in den Vordergrund. Wiederum Personen mit einem niedrigen Selbstwert vermeiden von Anfang an selbstwertbedrohliche Situationen in der Angst, Aufmerksamkeit auf die eigene Person zu ziehen, und dass andere Personen schlechte Persönlichkeitseigenschaften bemerken könnten. Diesen Menschen fehlt es an Strategien und Ressourcen um selbstwertbedrohliche Situationen zu kompensieren (Zeigler-Hill & Abraham, 2006).

2.3.1 Selbstwert & Adipositas

In vielen Studien konnte belegt werden, dass Übergewicht bzw. Adipositas mit einem reduzierten Selbstwert einhergeht (Gavin, Simon, & Ludman, 2010; Haines & Neumark-Sztainer, 2006; Puhl & Brownell, 2006).

Oftmals entwickelt sich Übergewicht bzw. Adipositas schon häufig in der Kindheit und beeinflusst das sich entwickelnde Selbstkonzept der jungen Menschen. Dennoch

stellt die individuelle Wahrnehmung und Bewertung der eigenen körperlichen Erscheinung bei Personen jeder Altersklasse eine beträchtliche Komponente des Selbstwerts dar (Harter, 1999). Die Literatur ist sich bezüglich der Richtung der Wechselwirkung von Adipositas und Selbstwert noch nicht ganz einig. Dennoch tendieren viele Studien zu dem Ansatz, dass Adipositas den Selbstwert beeinflusst und nicht umgekehrt (z.B. Tiggemann, 1994).

Klaczynski, Goold und Mudry (2004) beziehen sich nicht nur auf die internalen Ursachen, dass Adipositas den Selbstwert beeinflusst, sondern argumentieren in ihrer Studie primär mit den Ursachen der externalen Faktoren. Sie vertreten in ihren Untersuchungen den Ansatz, dass vor allem die wahrgenommene Kontrolle über das persönliche Körpergewicht den Selbstwert beeinflussen kann. Dabei nehmen sie konkret Bezug auf die Tatsache, dass adipöse Personen sich wertlos fühlen, da sie meinen, dass andere Personen sie aufgrund ihrer Inkonsequenz bezüglich der Kontrolle des eigenen Körpergewichts, abwerten. Diese Einstellung wird von den Medien, sozialen Netzwerken etc. zusätzlich verstärkt. Denn oftmals werben Medien mit sehr schlanken Personen, die dem heutigen gängigen Schönheitsideal entsprechen und verkörpern dadurch die Idee, dass man nur als schlanke Person erfolgreich, schön und wertvoll sein kann.

Natürlich können auch neben Stigmatisierungen erfolglose Diäten den Selbstwert schwächen und zu einem Teufelskreis führen (Stroebe, 2002).

2.3.2 Selbstwert & Anorexia Nervosa

Halvorsen und Heyerdahl (2006) waren einige von vielen Forschern, die in ihrer Studie aufzeigen konnten, dass Essstörungen stark mit einem verminderten Selbstwert einhergehen. Button (1990) postulierte in seiner Studie, dass selbst bei sehr jungen Mädchen im Alter von elf oder zwölf Jahren ein niedriger Selbstwert mit einer größeren Angst dick zu werden, einhergeht. Diese Mädchen weisen somit ein größeres Risiko auf, eine spätere Essstörung zu entwickeln. Generell wurde bereits in vielen Studien postuliert, dass Selbstwert im Zusammenhang mit essgestörten

Personen häufig mit dem Gewicht und der wahrgenommenen Form des Körpers zusammenhängt. In diesen Arbeiten wurde dies als Hauptcharakteristikum von Essstörungen definiert (Cooper & Fairburn, 1993; Fairburn, Shafran, & Cooper, 1998; Vitousek & Hollon, 1990). Nach den Diagnosekriterien des DSM-V wird der Selbstwert von anorektischen Personen ebenfalls stark mit der Form und dem Gewicht des eigenen, individuellen Körpers in Verbindung gebracht (American Psychiatric Association, 2013).

Gewichtsverlust wird von Personen, die an Anorexie leiden, oftmals als eine herausragende Leistung interpretiert, und als ein Zeichen von außergewöhnlicher Selbstdisziplin wahrgenommen. Gewichtszunahme hingegen spiegelt in den Augen betroffener Personen einen unverzeihlichen Fehlschlag wider und wird mit inakzeptablem Misserfolg gleichgesetzt (American Psychiatric Association, 2013). Gemäß Garfinkel, Garner, Kaplan, Rodin und Kennedy (1983) haben anorektische Personen ein ganz normales Hungergefühl und versuchen dies vehement zu stoppen, oder zu ignorieren. Selbst wenn sie diesem natürlichen Bedürfnis irgendwann Folge leisten, sei es auch nur mit ganz kleinen Speisen, fühlen sie sich nach dem Verzehr in keiner Weise befriedigt, sondern verspüren immense Schuldgefühle und Angst wieder zuzunehmen.

2.4 Depression

Die Depression gehört laut ICD-10 (World Health Organization, 2008) zu den affektiven Störungen. Bei Menschen, die an affektiven Störungen leiden, besteht meist eine sehr dauerhafte Stimmungslage, die all ihre Interaktionen mit der Welt färbt und ihr übliches Erleben und Verhalten stört (Comer, 2008).

Des Weiteren beschreibt Comer (2008), dass Depression und Manie die dominantesten Emotionen bei affektiven Störungen darstellt. Laut den Diagnosekriterien des DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) fühlt der Betroffene bei der Depression einen Zustand der Niedergeschlagenheit und Traurigkeit, in dem das Leben trostlos und die Anforderungen unerfüllbar scheinen. Manie wiederum spiegelt, als Gegenpol zur Depression, einen Zustand der unerschöpflichen Hochstimmung oder rastloser Energie wider (American Psychiatric

Association, 2013).

In den meisten Fällen leiden die betroffenen Personen einer affektiven Störung ausschließlich an Depression (Comer, 2008). Auch im Rahmen der hier durchgeführten Untersuchung im Zuge der Diplomarbeit konzentriert sich die Verfasserin ausschließlich auf Personen, die an einer Depression leiden. Die Hauptsymptome einer Depression drücken sich durch einen verminderten Antrieb, reduzierte Aktivität, gedrückte Stimmung, Interessensverlust, Erschöpfung und Schuldgefühle aus. Oftmals weitere Charakteristika der Depression sind Schlafstörungen und Appetitlosigkeit (Riedel et al., 2009). Die 12-Monats-Prävalenz einer Depression liegt nach DSM-V ungefähr bei 7%, wobei es hier Unterschiede zu beachten gibt. Die Prävalenz in der Altersgruppe der 18-29-Jährigen ist dreimal so hoch, wie bei Personen über 60 Jahren. Frauen erkranken 1,5 bis drei Mal so häufig an einer Depression, wie Männer (American Psychiatric Association, 2013).

Umfragen zufolge leiden zwischen 4,8% und acht Prozent der erwachsenen Personen jedes Jahr in Europa an einer schweren depressiven Störung (Wittchen & Jacobi, 2005). Laut Katschnig, Ladinser, Scherer, Sonneck und Wancata (2001) kann zusammenfassend gesagt werden, dass etwa jeder sechste Österreicher über 14 Jahren innerhalb von vier Wochen Hinweise auf eine affektive, eine psychosomatische oder eine Angststörung zeigt.

Depressive Episoden entstehen oft als Ursache belastender Lebensereignisse (Paykel, 2003). Folglich wurde in zahlreichen Studien festgestellt, dass Personen, die an einer Depression leiden, kurz vor Beginn der Störung eine höhere Anzahl belastender Lebensereignisse zu bewältigen hatten, als die Vergleichsgruppe der Personen, die nicht an einer Depression erkrankt sind (Hayman, 2001; Kendler et al., 1995; Kendler, Karkowski, & Prescott, 1999; Kendler, Kuhn, & Prescott, 2004).

2.4.1 Depression & Adipositas

Gemäß Fonseca, Matos, Guerra und Pedros (2010) hat bereits in der Adoleszenz bestehendes Übergewicht einen großen Einfluss auf die weitere soziale und

psychische Entwicklung Heranwachsender. In den letzten Jahren rückte die Erforschung von Adipositas und Depression immer mehr in den Mittelpunkt wissenschaftlicher Arbeiten. So ist der Zusammenhang zwischen Adipositas und erhöhtem Depressionsrisiko bereits in mehreren Studien belegt worden (Faith et al., 2011).

Verglichen mit der Gesamtbevölkerung haben adipöse Frauen ein um 55 Prozent erhöhtes Risiko, an einer Depression zu erkranken. Die genauen Ursachen für die häufige Komorbidität beider Erkrankungen können bisher mit letzter Sicherheit noch nicht benannt werden. Jedoch werden in der Literatur verschiedene kausale Mechanismen und Risikofaktoren für das Aufkommen einer Depression diskutiert (Thormann et al., 2013).

Die Frage, ob Adipositas zu Depression führt, konnte anhand der bisherigen Literatur noch nicht eindeutig belegt werden. Dennoch konnten (Ferraro, Su, Gretebeck, Black und Badylak (2002) in ihrer Studie aufzeigen, dass die, oft durch das starke Übergewicht bedingte, eingeschränkte Bewegungsfreiheit, die Beschwerden des Bewegungsapparats und die eingeschränkte Mobilität zu funktionellen Beschwerden im Alltag führen kann. Dadurch kommt es natürlich zu einer körperlich eingeschränkten Aktivität, die wiederum mit depressiven Symptomen assoziiert sein kann (Camacho, Roberts, Lazarus, Kaplan, & Cohen, 1991).

Oftmals dient Essen bei adipösen Personen als stimmungsregulierende Komponente. Aus diesem Grund wird das Essen, beispielsweise bei empfundenem Stress, zur Reduktion von Spannungen eingesetzt. Die Betroffenen fühlen sich nach der Nahrungszufuhr jedoch meistens niedergeschlagen und schuldig (Bohon, Stice, & Spoor, 2009).

Markowitz, Friedman und Arent (2008) postulierten, dass Körperunzufriedenheit möglicherweise die Wechselwirkung zwischen Adipositas und Depression beeinflussen könnte. Vor allem weiblich Personen sind davon stärker betroffen. In einer anderen Studie, mit einer Stichprobengröße von 110 Frauen und Männern, wurde ein positiver Zusammenhang zwischen Körperunzufriedenheit und depressiven Symptomen gefunden. Dies impliziert auch wiederum die Annahme,

dass Körperunzufriedenheit einen Einfluss auf die Wechselwirkung von Depression und Adipositas haben könnte (Friedman et al., 2002).

2.4.2 Depression & Anorexia Nervosa

In zahlreichen Arbeiten und laut DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) konnte ein Zusammenhang zwischen Anorexie und Depression gefunden werden (García-Alba, 2004; Garfinkel et al., 1983; Pollice, Kaye, Greeno, & Weltzin, 1997). Gemäß Halmi et al. (1991) leiden 91 Prozent der unterernährten anorektischen Personen an einer Depression. Dieser Befund lässt einige Wissenschaftler darauf schließen, dass affektive Störungen, wie beispielsweise Depression, manche Menschen für eine Essstörung prädisponieren (Comer, 2008). In einer Studie über den Zusammenhang von Essstörungen und Depression konnten Duncan et al. (2005) feststellen, dass viel mehr Personen mit einer Essstörung für die klinische Diagnose einer Depression in Frage kommen, als die Kontrollgruppe. Des Weiteren haben die nahen Verwandten von Personen, die an Anorexie oder einer anderen Essstörung leiden, offenbar viel öfter affektive Störungen, als die nahen Verwandten nicht essgestörter Personen (Moorhead et al., 2003).

Offensichtlich stützen diese Befunde die Annahme, dass Depression Essstörungen bzw. Anorexie mitverursacht, doch die Wechselwirkung ist komplex und es gibt noch zahlreiche andere Erklärungen. In vielen Fällen führt möglicherweise auch die Belastung der Erkrankung selbst zu einer Depression (Stice & Bearman, 2001).

Im Fall der Anorexie kann sich das extreme Hungern auch dauerhaft auf die Stimmung, und somit auf depressive Symptome auswirken (Fichter, Pirke, & Holsboer, 1986). In einer weiteren Studie konnte aufgezeigt werden, dass Menschen, die an Anorexie leiden, oftmals depressive Symptome entwickeln aufgrund des permanenten, exzessiven Schlankheitsstrebens und dem damit verbundenen emotionalen Stress (Troop, Holbrey, Trwoler, & Treasure, 1994).

2.5 Fazit

Aus den bestehenden Untersuchungen und Studien wird die Annahme abgeleitet, dass es einen Zusammenhang zwischen Adipositas und Depression gibt (Carpenter, Hasin, Allison, & Faith, 2000; Faith et al., 2011; Thormann et al., 2013). Des Weiteren wird mehrfach erwähnt, dass Adipositas mit einem niedrigeren Selbstwert und einem negativem Körperbild einhergeht (Friedman et al., 2002; Markowitz et al., 2008). Zusätzlich ist die Tatsache anzumerken, dass bei den meisten Studien der Fokus jedoch primär auf adipösen Kindern und Jugendlichen liegt (z.B.: Fonseca et al., 2010). Im Rahmen dieser Arbeit konzentriert sich die Verfasserin auf eine reine Erwachsenen-Stichprobe adipöser Frauen.

Auch mit der Essstörung Anorexia Nervosa geht sehr häufig ein sehr niedriges Selbstwertgefühl einher (Halvorsen & Heyerdahl, 2006). Laut den Diagnosekriterien des DSM-V gibt es einen hohen Zusammenhang zwischen Depressivität und Anorexie (American Psychiatric Association, 2013). Auffallend ist, dass Menschen, bevor sie eine Essstörung wie beispielsweise Anorexia Nervosa entwickeln, des öfteren Diäten durchgeführt haben und sich mit der Form ihres Körpers häufiger auseinandergesetzt haben (Bulik, Sullivan, Carter, & Joyce, 1997; Fairburn & Cooper, 1984). Darüber hinaus wurde in vielen Studien postuliert, dass Personen, die an Anorexie leiden, eine verzerrte Wahrnehmung ihres eigenen Körpers aufweisen. Sie betrachten den eigenen Körper oder einzelne Körperteile als voluminöser und dicker, als es in der Realität der Fall ist (Fichter, 2008; Garfinkel et al., 1983; Garner, Garfinkel, Stancer, & Moldofsky, 1976)

Es wurde keine Studie in den letzten 20 Jahren in Österreich gefunden, die diese zwei Krankheiten verglichen hat in Bezug auf Depression und Selbstwert. Aus diesem Grund liegt der Fokus dieser Arbeit auf Personen, die an Anorexia Nervosa oder Adipositas bzw. Übergewicht leiden, verglichen mit einer normalgewichtigen, psychisch gesunden Kontrollgruppe.

2.6 Fragestellungen & Hypothesen

Der Zweck dieser Studie ist zu untersuchen, inwieweit sich die zwei Gruppen Adipositas und Anorexie hinsichtlich ihres Grades an Depressivität und ihrer Ausprägungen in der Variable Selbstwert unterscheiden.

Weiteres soll eruiert werden, ob die Unzufriedenheit mit dem Körper und das Schlankheitsstreben einen Einfluss auf den Grad der Depression der Probandinnen haben und ob sich die verschiedenen Gruppen in den verschiedenen Facetten des Selbstwerts unterscheiden.

2.6.1 Fragestellung 1

Unterscheiden sich Personen, die an Übergewicht/Adipositas und Anorexie leiden, hinsichtlich ihres Grades der Depression?

H₍₁₎₁: Die Gruppen Übergewicht/Adipositas, Anorexie und Personen ohne einer Essstörung unterscheiden sich hinsichtlich ihres Grads der Depressivität.

H₍₁₎₂: Die Gruppen Übergewicht/Adipositas, Anorexie und Personen ohne einer Essstörung unterscheiden sich unter Konstanthaltung der Variable Körperunzufriedenheit hinsichtlich ihres Grads der Depressivität.

H₍₁₎₃: Die Gruppen Übergewicht/Adipositas, Anorexie und Personen ohne einer Essstörung unterscheiden sich unter Konstanthaltung der Variable Schlankheitsstreben hinsichtlich ihres Grads der Depressivität.

H₍₁₎₄: Die Gruppen Übergewicht/Adipositas, Anorexie und Personen ohne einer Essstörung unterscheiden sich unter Konstanthaltung der Variable Selbstwert

hinsichtlich ihres Grads der Depressivität.

H₍₁₎₅: Körperzufriedenheit, Schlankheitsstreben und Selbstwert können das Ausmaß an Depressivität signifikant vorhersagen.

2.6.2 Fragestellung 2

Unterscheiden sich Personen, die an Übergewicht/Adipositas, Anorexie leiden und Personen ohne einer Essstörung, hinsichtlich ihrer Ausprägungen in der Variable Selbstwert?

H₍₁₎₁: Personen, die an Übergewicht/Adipositas und Anorexie leiden, und Personen ohne eine Essstörung unterscheiden sich hinsichtlich ihres Gesamtselbstwerts.

H₍₁₎₂: Personen, die an Übergewicht/Adipositas und Anorexie leiden, und Personen ohne eine Essstörung unterscheiden sich hinsichtlich der körperbezogenen Selbstwertschätzung.

H₍₁₎₃: Personen, die an Anorexie erkrankt sind, haben eine höhere leistungsorientierte Selbstwertschätzung als Personen, die an Übergewicht/Adipositas leiden und Personen ohne einer Essstörung.

3 Methode

3.1 Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt nahmen 133 weibliche Teilnehmerinnen an der Studie teil. Die Erhebung der Daten erfolgte mit vier anderen Kolleginnen, die jedoch andere Fragestellungen behandelten, worauf ich später noch konkreter eingehen werde.

Die Teilnehmerinnen wurden aufgrund von diversen Ein- und Ausschlusskriterien sorgfältig ausgewählt. Im Folgenden wird nun näher darauf eingegangen, wie die Stichprobe rekrutiert wurde und wie die Ein- und

Ausschlusskriterien im Detail aussahen.

3.2 Rekrutierung der Stichprobe

Die Rekrutierung der Studienteilnehmerinnen erfolgte durch Aussendung eines eigens erstellten Informationsblattes an Institutionen, die sich mit der Essstörungsproblematik befassen, wie diverse ärztliche Praxen und Selbsthilfegruppen, die sich speziell mit dem Thema „Essstörungen“ auseinandersetzen. Des Weiteren wurden die Teilnehmerinnen durch Aushänge des Informationsblattes an der Universität Wien und durch die Veröffentlichung auf diversen Internetplattformen rekrutiert.

Bei Interesse an einer Teilnahme der Studie wurden die Teilnehmerinnen aufgefordert sich per E- Mail zu melden, um ihr Interesse an der Studie kund zu tun. Danach wurde mit den Teilnehmerinnen per E- Mail Kontakt aufgenommen und sie wurden gebeten, ihre Telefonnummer und die Zeit der Erreichbarkeit bekannt zu geben. Nach Erhalt der Telefonnummer wurden die Studienteilnehmerinnen kontaktiert und schon anhand eines Screenings geprüft, ob sie für die Studie geeignet sind. Das Screening beinhaltete unter anderem Fragen zu Körpergröße und Gewicht (BMI), Fragen zur Empfängnisverhütung, ihrer Periode und Fragen zu körperlichen, neurologischen oder psychischen Erkrankungen. Die Teilnehmerinnen wurden ausführlich über den Ablauf der Studie informiert. Die Auswahl erfolgte nach diversen Ein- und Ausschlusskriterien.

3.3 Einschlusskriterien

- Für die Studie wurden ausschließlich Frauen im Alter von 18-40 Jahren in Betracht gezogen.
- Neben der Kontrollgruppe, für die Teilnehmerinnen ohne Essstörung rekrutiert wurden, lag der Fokus der Studie auf Probandinnen, die zu diesem Zeitpunkt oder in der Vergangenheit bereits unter einer Essstörung gelitten haben. Um dies gleich abzuklären, wurden, wie bereits erwähnt, am Telefon einige Screening- Fragen gestellt, die vorab schon als Hilfestellung für eine grobe Einteilung der Probandinnen in die verschiedenen Gruppen fungierte.

- Ein weiteres wichtiges Kriterium nach dem die Personen ausgewählt werden, ist der Body- Maß- Index (BMI):
 - Bei der Gruppe der Personen, die nicht an einer Essstörung leiden, sollte der BMI zwischen 17,0 und 24,9 liegen.
 - Personen, die an Übergewicht oder Adipositas leiden, haben dementsprechend einen BMI über 25,0 bzw. 30,0.
 - Für Personen, die an Untergewicht oder Anorexie litten, wurde als Untergrenze des BMI ein Wert von 13 festgelegt.

3.4 Ausschlusskriterien

- Von der Studienteilnahme mussten all jene Personen ausgeschlossen werden, die einen BMI unter 13 aufweisen. Da laut WHO (World Health Organization, 2008) eine Person mit einem BMI unter 13 als gesundheitsgefährdend untergewichtig beschrieben wird, konnte eine Teilnahme an dieser Studie nicht verantwortet werden.
- Weitere Kriterien, die zum Ausschluss führten, waren neurologische Erkrankungen wie beispielsweise ein Tumor oder Epilepsie, psychotische Störungen, Drogen- oder Alkoholsucht und das Vorliegen einer homo- oder bi-sexuellen Orientierung.

Obwohl die sexuelle Orientierung bei meinen Fragenstellungen nicht in Betracht gezogen wird, wurden Personen mit jener Orientierung trotzdem ausgeschlossen, da dies für die anderen drei Kolleginnen in deren Fragestellungen ein Ausschlusskriterium darstellte. Denn Sarah Enzenhofer, Johanna Jensen und Sophie Enzenhofer orientierten ihre Fragestellungen jeweils am Attraktivitäts- Geschlecht-Bias (AGB) (Agthe, Spörrle, & Försterling, 2008). Dieser implizierte als Voraussetzung eine heterosexuelle Orientierung der Probandinnen.

3.5 Soziodemographische Daten

Zur Erfassung der soziodemographischen Daten wurde vor Beantwortung der

diversen Fragebögen separate Fragen bezüglich Alter, Nationalität, höchste abgeschlossene Ausbildung, Beruf, Familienstand, Verhütung, Periode, Zyklusdauer, Eisprung, Vorliegen eines prämenstruellen Syndroms, Einnahme von Hormonen, Einnahme von Psychopharmaka und ärztliche und/oder psychologische Behandlung gestellt. Zudem wurden beim Screening vorab schon die Körpergröße und das Gewicht der teilnehmenden Frauen erhoben. Somit konnte der Körpermassenindex (Body-Mass-Index, BMI) der Probandinnen ermittelt werden. Der BMI resultiert aus dem Quotient von Gewicht und Körpergröße zum Quadrat (kg/m^2) (Mast et al., 2002).

3.6 Anonymisierung der Daten

Zum Schutz der Vertraulichkeit der erhobenen Daten und um die Anonymität der Teilnehmerinnen zu wahren, bekam jede Probandin ihren individuellen Code, der sich aus einem fixen Teil (45) und einem dreistelligen Index (von 1 bis 133) entsprechend der Reihenfolge, zu der die Teilnehmerin zur Testung erschien, zusammensetzt. Wenn die Probandin als siebte Person getestet wurde, bekam sie folglich den Code 45007. Des Weiteren konnte auf Anhieb erkannt werden, ob die Studienteilnehmerinnen der Versuchs- oder der Kontrollgruppe zugeordnet waren: die Versuchsgruppe hatte immer als Probandinnencode eine ungerade Zahl, der Kontrollgruppe wurden die geraden Zahlen zugeteilt.

3.7 Einverständniserklärung & Aufklärung über der Studie

Vor der Teilnahme an der Studie wurden die Teilnehmerinnen ausführlich über die Bedingungen der Studie und über den Ablauf der Studie informiert. Sie wurden darauf hingewiesen, dass zu Beginn Fotografien in einheitlicher enger Kleidung gemacht werden, wobei auf dem Bild der Kopf der jeweiligen Probandin nicht zu sehen war, sowie über zeitlichen Aufwand und Bedingungen der folgenden Testungen. Des Weiteren wurde erwähnt, dass nach Anfertigung des Fotos alle Testungen auf dem PC stattfinden werden. Außerdem wurde auf die Möglichkeit hingewiesen, jederzeit die Studie abbrechen zu können ohne Stellungnahme, sollte die Teilnehmerin dies wünschen. In diesem Falle wäre jedoch die Auszahlung der

Aufwandsentschädigung leider nicht möglich. Zudem mussten die Probandinnen vor Beginn der Testung eine Einverständniserklärung unterzeichnen, in der über die anonyme und vertrauliche Behandlung der Daten, sowie über die vertrauliche, anonymisierte Behandlung der Photographien hingewiesen wurde. Zum Schluss wurde von den Versuchsleiterinnen festgehalten, dass sie während der gesamten Testung jederzeit bei Fragen oder Unklarheiten zur Verfügung stehen. Nach der Kenntnisnahme der Studienteilnehmerinnen mittels Unterschrift, konnte mit der eigentlichen Testung begonnen werden.

3.8 Studiendesign

Die Studienteilnahme erstreckte sich über einen Termin und dauerte je nach Teilnehmerin zwischen ein und zwei Stunden. Die Probandinnen erhielten nach erfolgreicher Teilnahme der Studie 20 Euro Aufwandsentschädigung. Wie bereits weiter oben erwähnt, fand vor der eigentlichen Testung bereits ein Screening am Telefon statt. Die Probandinnen wurden je nach Probandinnencode entweder der Versuchs- oder der Kontrollgruppe zugeteilt.

Zu Beginn der Studie wurden Fotos vom Körper der Probandinnen in einem separaten Raum gemacht. Der Hintergrund und der Abstand der Probandinnen zur Kamera wurden hierbei standardisiert und waren bei allen Studienteilnehmerinnen gleich. Der Kopf wurde dabei nicht mitfotografiert, sondern lediglich der Körper sollte bei dem Bild im Vordergrund stehen. Um die Silhouette der Teilnehmerin möglichst gut sichtbar zu machen, wurden die Probandinnen gebeten, während des Fotos schwarze Leggings und ein enges schwarzes langärmliges T-Shirt zu tragen, welche ihnen von den Versuchsleiterinnen zur Verfügung gestellt wurden. Die Probandinnen wurden von den Versuchsleiterinnen darauf aufmerksam gemacht die richtige Größe der Kleidung zu wählen und darauf zu achten, dass die Kleidung möglichst eng am eigenen Körper liegen sollte. Das Foto der eigenen Silhouette diente als Grundlage für die Fragestellungen der Kolleginnen, ist jedoch für die Untersuchung der Verfasserin nicht relevant.

Nach Erstellen des Fotos konnten sich die Teilnehmerinnen wieder ihre eigene Kleidung anziehen. Währenddessen bereiteten die Versuchsleiterinnen die Testung am PC vor. Danach wurden die Probandinnen wieder in den eigentlichen Raum der Testung geführt und sie wurden mit der Handhabung des PCs und den Fragebögen vertraut gemacht. Insgesamt wurden bei der Testung 11 Fragebögen verwendet, wobei dies schon die soziodemografischen Daten mit einschließt. Des Weiteren ist noch zu erwähnen, dass pro Fragebogen teilweise nur einzelne Skalen verwendet wurden. Dies wird später noch im Detail erklärt.

3.9 Beschreibung der Erhebungsinstrumente

Wie schon zuvor erläutert, verfolgt diese Studie unterschiedliche Zielsetzungen. Während sich die vorliegende Arbeit mit Fragestellungen zum Unterschied des psychischen Wohlbefindens bei Personen, die an Anorexie oder Adipositas leiden, beschäftigt, konzentrieren sich die Arbeiten von meinen Kolleginnen auf konkrete Aspekte der Essstörungssymptomatik in Verbundenheit mit dem Attribution-Geschlechts-Bias (Agthe et al., 2008). In Folge dieser Kooperationsarbeit ergab sich auch die Zusammensetzung der Selbstbeurteilungsfragebögen, die bei der Studie angewendet wurden, wobei die Verfasserin nur auf die Fragebögen eingehen wird, die für diese Untersuchung relevant sind.

- I. Die Skalen Schlankheitsstreben und Körperunzufriedenheit des Eating Disorder Inventory-2 (Paul & Thiel, 2005)
- II. Das Beck-Depressions-Inventar II (Hautzinger, Keller, & Kühner, 2006)
- III. Die Multidimensionale Selbstwertkala (Schütz & Sellin, 2006)

Die Reihenfolge der Fragebögen wurde bei allen Probandinnen wie oben beibehalten. Im Folgenden wird nun näher auf diejenigen Verfahren eingegangen, die für die Beantwortung der vorliegenden Forschungsfragen von Bedeutung sind.

I. Das Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2)

Das EDI-2 (Paul & Thiel, 2005) ist ein Selbsteinschätzungsverfahren zur Erfassung charakteristischer Merkmale, die im Zusammenhang mit Anorexia Nervosa und Bulimia Nervosa stehen. Obwohl es insgesamt aus 11 Skalen besteht, waren zur Beantwortung der Fragestellungen dieser Arbeit nur zwei relevant. Die Skala Unzufriedenheit mit dem Körper kann zur Messung des kognitiv-affektiven Körperbildes herangezogen werden, und auch die Skala Schlankheitsstreben bietet Informationen zum Körperbild. Die Abstufung, in der die Items dieser Skalen beantwortet werden, erfolgt durch eine sieben-stufige Likert- Skala. Die Zuverlässigkeit dieses Selbstbeschreibungsinstruments in der Skala Schlankheitsstreben liegt in der Stichprobe der bulimischen und anorektischen Personen bei $\alpha = .88$. Für die weibliche Kontrollgruppe liegt das Chronbachs Alpha bei $\alpha = .86$. Das Chronbachs Alpha für die Stichprobe der vorliegenden Arbeit in der Skala Schlankheitsstreben liegt bei $\alpha = .94$. Für die Stichprobe der bulimischen und anorektischen Personen liegt das Chronbachs Alpha in der Skala Unzufriedenheit mit dem Körper, bei $\alpha = .88$. Für die weibliche Kontrollgruppe liegt das Chronbachs Alpha in dieser Skala bei $\alpha = .89$. Das Chronbachs Alpha für die Stichprobe der vorliegenden Arbeit in der Skala Unzufriedenheit mit dem Körper liegt bei $\alpha = .94$.

II. Das Beck-Depressions-Inventar - II (BDI-II)

Das BDI-II (Hautzinger et al., 2006) dient der Diagnose typischer depressiver Symptome. Die Aussagen zum eigenen Befinden sind abgestuft nach Schweregrad des Symptoms und beziehen sich auf die letzten zwei Wochen. Insgesamt umfasst dieser Selbstbeurteilungsfragebogen 21 Items, die zu einem Gesamtscore zusammengefasst werden. Das BDI-II dient in dieser Studie der Erfassung der Depressivität. Die Zuverlässigkeit dieses Selbstbeschreibungsinstruments liegt mittels Chronbachs Alpha bei $\alpha = .84$. Das Chronbachs Alpha für die Stichprobe der vorliegenden Arbeit wurde mit $\alpha = 0.95$ ermittelt.

III. Die Multidimensionale Selbstwertkala (MSWS)

Die MSWS (Schütz & Sellin, 2006) dient zur Erfassung der verschiedenen Facetten des Konstrukts Selbstwert. Insgesamt umfasst dieser Selbsturteilungsfragebogen sechs Skalen, die verschiedene Facetten des Selbstwerts erfassen und gesamt den Gesamtselbstwert ermitteln. Dabei handelt es sich um die Skalen Emotionale Selbstwertschätzung, Soziale Selbstwertschätzung/Sicherheit im Kontakt, Soziale Selbstwertschätzung/Umgang mit Kritik, Selbstwertschätzung/physische Attraktivität, Selbstwertschätzung-Sportlichkeit, Leistungsbezogene Selbstwertschätzung. Die übergeordneten Skalen umfassen die Allgemeine Selbstwertschätzung, die die Skalen der Emotionalen, Sozialen und Leistungsbezogenen Selbstwertschätzung vereint. Die Körperbezogene Selbstwertschätzung umfasst die zwei Subskalen Selbstwertschätzung/physische Attraktivität und Selbstwertschätzung/Sportlichkeit. Für eine noch allgemeinere Selbstwertschätzung werden in der Skala Gesamtselbstwert die Skalen Körperbezogene- und Allgemeine Selbstwertschätzung zusammengezählt. Die Leistungsbezogene Selbstwertschätzung erfasst die Überzeugung einer Person über seine Leistungsfähigkeit in Beruf und Arbeit. Die Körperbezogene Selbstwertschätzung umfasst die eigene Bewertung der physischen Attraktivität und der eingeschätzten sportlichen Fähigkeit (Schütz & Sellin, 2006) .

Die Zuverlässigkeit dieses Selbstbeschreibungsinstruments liegt mittels Chronbachs Alpha bei:

- Emotionale Selbstwertschätzung: $\alpha = .84$
- Soziale Selbstwertschätzung/ Sicherheit im Kontakt: $\alpha = .85$
- Soziale Selbstwertschätzung/ Umgang mit Kritik: $\alpha = .87$
- Leistungsbezogene Selbstwertschätzung: $\alpha = .75$
- Selbstwert/ physische Attraktivität: $\alpha = .84$
- Selbstwert- Sportlichkeit: $\alpha = .83$
- Allgemeiner Selbstwert: $\alpha = .92$
- Körperbezogener Selbstwert: $\alpha = .85$
- Gesamtselbstwert: $\alpha = .93$

Das Chronbachs Alpha für die Stichprobe der vorliegenden Arbeit wurde wie folgt ermittelt:

- Emotionale Selbstwertschätzung: $\alpha = .94$
- Soziale Selbstwertschätzung/ Sicherheit im Kontakt: $\alpha = .90$
- Soziale Selbstwertschätzung/ Umgang mit Kritik: $\alpha = .86$
- Leistungsbezogene Selbstwertschätzung: $\alpha = .81$
- Selbstwert/ physische Attraktivität: $\alpha = .84$
- Selbstwert- Sportlichkeit: $\alpha = .78$
- Allgemeiner Selbstwert: $\alpha = .94$
- Körperbezogener Selbstwert: $\alpha = .74$
- Gesamtselbstwert: $\alpha = .94$

4 Ergebnisse

4.1 Beschreibung der Studienpopulation

Die Stichprobe besteht insgesamt aus 133 weiblichen Versuchspersonen. Zur Untersuchung der Fragestellungen wurde die Gruppe Bulimie ($N = 39$) aus der Stichprobe ausgeschlossen. Des Weiteren wurden aus statistischen Gründen noch einmal insgesamt 4 Teilnehmerinnen aus der Stichprobe ausgeschlossen. Eine detailliertere Stellungnahme folgt in der Erklärung der statistischen Auswertung (Kapitel 4.4).

Die Stichprobe, die zur Berechnung der Fragestellungen herangezogen wurde, besteht schlussendlich aus 90 Versuchspersonen. Das Durchschnittsalter der Probandinnen beträgt 24.9 Jahre ($SD = 4.71$). Die jüngste Studienteilnehmerin ist 18 Jahre alt und die älteste 38.

Der durchschnittliche BMI beträgt in der Kontrollgruppe 21.06 ($SD = 2.07$) und 17.9 ($SD = 2.43$) in der Gruppe Anorexie. In der Gruppe Übergewicht/Adipositas weist der durchschnittliche BMI einen Wert von 32.3 ($SD = 5.69$) auf.

Beim Bildungsstand ist ersichtlich, dass die Mehrheit (64.9%) der

Teilnehmerinnen die Matura/Abitur absolviert haben. 14.9% der Probandinnen geben an, einen Hochschulabschluss zu besitzen. Der Rest der Stichprobe absolvierte eine Fachhochschule (12.8%), die Pflichtschulzeit (3.2%) oder einen Lehrabschluss (2.1%).

Beinahe die Hälfte der befragten Teilnehmerinnen gibt an, in einer festen Partnerschaft zu leben. 43.6% der Probandinnen bezeichnen sich als Single, und 6.4% der Studienteilnehmerinnen ist zu diesem Zeitpunkt verheiratet oder geschieden.

Bei der Frage nach der ethnischen Zugehörigkeit zeigt sich, dass 97.9% der Teilnehmerinnen angeben, Europäerinnen zu sein. Der Rest der Probandinnen kommt aus dem Raum Asien oder Afrika (2.2%).

Die Zuteilung der Probandinnen zu den verschiedenen Versuchsgruppen erfolgt unter Berücksichtigung/ Einbeziehung folgender Kriterien:

- Wurde in der Vergangenheit schon mal eine Essstörung diagnostiziert?
- Merkmale aus dem SKID (Wittchen, Zaudig, & Fydrich, 1997)
- BMI – basierend auf der Unterteilung von WHO (World Health Organization, 2000)
- Angaben zu körperlichen oder psychischen gesundheitlichen Problemen

Der Fokus bei der Zuordnung liegt auf den Fragen zu gesundheitlichen Problemen und den Antworten des SKIDs (Wittchen et al., 1997) liegt.

Somit ergeben sich für die Studie drei Versuchsgruppen: eine Gruppe von Personen mit Tendenzen zu Anorexie, eine Gruppe von Personen mit Tendenzen zu Adipositas und die dritte Gruppe, die Kontrollgruppe, die weder eine Tendenz zu Adipositas oder Übergewicht, noch zu Anorexie zeigt.

4.2 Statistische Hypothesen & Auswertung

Die statistische Auswertung der folgenden Daten wurde mit dem Programm IBM SPSS Statistics 22 für Windows 8 durchgeführt. Zur deskriptiven Ergebnisdarstellung werden Standardabweichungen (SD) und Mittelwerte (M) angeführt. Es wird mit einem Alpha- Niveau von 5% ($p = 0.05$) gearbeitet. Daraus folgt, dass ein Ergebnis

mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von kleiner als 5% ($p = 0.05$) als statistisch signifikant angenommen werden kann. Als Maß für die Effektstärken gemäß Bortz (2005) gelten bei der Regression: $r = 0,1$ als kleiner, ein $r = 0,3$ als mittlerer und ein $r = 0,5$ als großer Effekt (siehe bei Tabelle 2 anhand *Beta*). Bei der Varianzanalyse wird das Eta-Quadrat angegeben ($\eta^2 = 0,1$ kleiner Effekt; $\eta^2 = 0,3$ mittlerer Effekt; $\eta^2 = 0,5$ großer Effekt).

Entsprechend der in Kapitel 2 erklärten Forschungsfragen ergeben sich die folgenden statistischen Hypothesen.

4.3 Forschungsfrage 1: Depressivität

Bei der ersten Hypothese interessiert die signifikante Unterscheidung der Teilnehmerinnen, die an Anorexie, Übergewicht/Adipositas leiden und der Teilnehmerinnen der Kontrollgruppe hinsichtlich ihres Grades an Depressivität, gemessen mittels BDI-II (Hautzinger et al., 2006).

H1: Die Gruppen Übergewicht/Adipositas, Anorexie und Personen ohne einer Essstörung unterscheiden sich hinsichtlich ihres Grads der Depressivität.

Vor der Berechnung der Hypothese wurde mittels Boxplot-Diagramm ein erster Eindruck vermittelt, in welchem Wertebereich die Teilnehmerinnen bei dem BDI-II liegen, und wie sich die Daten über diesen Bereich verteilen.

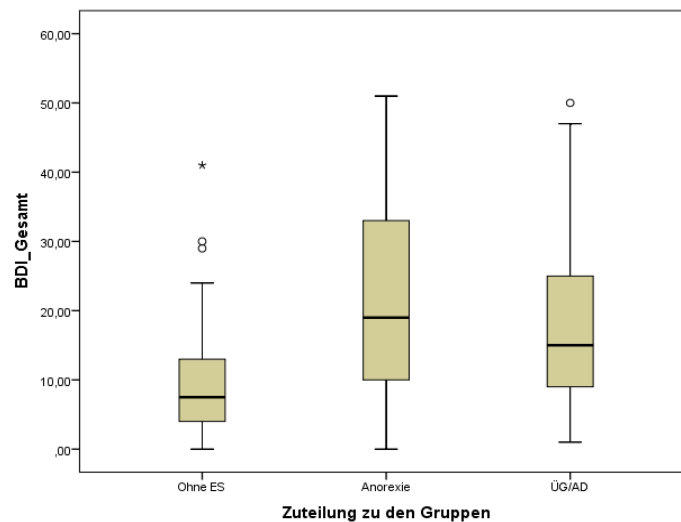


Abbildung 1. Boxplot –Darstellung der Ausprägungen des Grads der Depression anhand des Erhebungsinventars BDI-II.

Anhand Abbildung 1 kann man erkennen, dass vier Personen sehr hohe Werte beim BDI-II erzielt haben, im Gegensatz zu den Teilnehmerinnen aus derselben Gruppe. In der Kontrollgruppe gab es insgesamt drei Probandinnen und in der Gruppe Übergewicht/Adipositas betraf dies eine Studienteilnehmerin. Da gemäß Bortz (2005) postuliert wird, dass der Unterschied zwischen einzelner, sehr hoher oder sehr niedriger Werte nicht zu groß sein sollte in Bezug auf den Rest der Verteilung der Werte, wurden innerhalb dieser Stichprobe vier Teilnehmerinnen als sogenannte Ausreißer betrachtet und aus der Berechnung ausgeschlossen. Denn der Unterschied zum Rest der Stichprobe wäre in diesem Fall zu groß gewesen und es hätte dadurch zu Verzerrungen der Ergebnisse kommen können.

Für die Prüfung der Gruppenunterschiede in der Variable Depression wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) berechnet mit anschließenden Post-hoc-Tests. Vor der eigentlichen Berechnung wurden die Voraussetzungen der ANOVA überprüft: Die Varianzhomogenität, die mittels Levene- Test, $F(2, 87) = 12.87$; $p = .000$ überprüft wurde, ist nicht gegeben. Daher wurde mit der Welch's F Anpassung gerechnet, die robust gegen die Verletzung der Voraussetzungen der ANOVA ist.

Da ab einer Stichprobengröße von mindestens 30 Personen von einer NV ausgegangen werden kann, ist dies bei einer Stichprobengröße von 44 folglich ebenso als zutreffend anzunehmen (Bortz, 2005).

Die Berechnung der ANOVA zeigte ein hoch signifikantes Ergebnis $F(2,87) = 14.76$, $p = .000$, $\eta^2 = .253$. Bei der anschließenden Berechnung der Post-Hoc-Tests *Tukey-HSD* und *LSD* zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen der Kontrollgruppe und Anorexie, sowie der Kontrollgruppe und Übergewicht/Adipositas. Kein signifikanter Unterschied zeigte sich zwischen den Gruppen Anorexie und Übergewicht/Adipositas.

	(I) Zuteilung zu den Gruppen	(J) Zuteilung zu den Gruppen	Mittelwert differenz (I-J)	Standard fehler	Sig.	Konfidenzintervall	
						Untergrenze	Obergrenze
Tukey-HSD	ohne Essstörung	Anorexie	13,3987 [*]	2,55677	,000	-19,4952	-7,3021
		ÜG/AD	-9,3866 [*]	2,87403	,004	-16,2397	-2,5335
	Anorexie	Ohne ES	13,3987 [*]	2,55677	,000	7,3021	19,4952
		ÜG/AD	4,0121	3,06279	,394	-3,2911	11,3152
	Übergewicht/Adipositas	Ohne ES	9,3866 [*]	2,87403	,004	2,5335	16,2397
		Anorexie	-4,0121	3,06279	,394	-11,3152	3,2911
LSD	ohne Essstörung	Anorexie	13,3987 [*]	2,55677	,000	-18,4805	-8,3168
		ÜG/AD	-9,3866 [*]	2,87403	,002	-15,0990	-3,6741
	Anorexie	Ohne ES	13,3987 [*]	2,55677	,000	8,3168	18,4805
		ÜG/AD	4,0121	3,06279	,194	-2,0756	10,0997
	Übergewicht/Adipositas	Ohne ES	9,3866 [*]	2,87403	,002	3,6741	15,0990
		Anorexie	-4,0121	3,06279	,194	-10,0997	2,0756

Tabelle 2: Post-Hoc-Tests nach einfaktorieller ANOVA mit Depression als AV

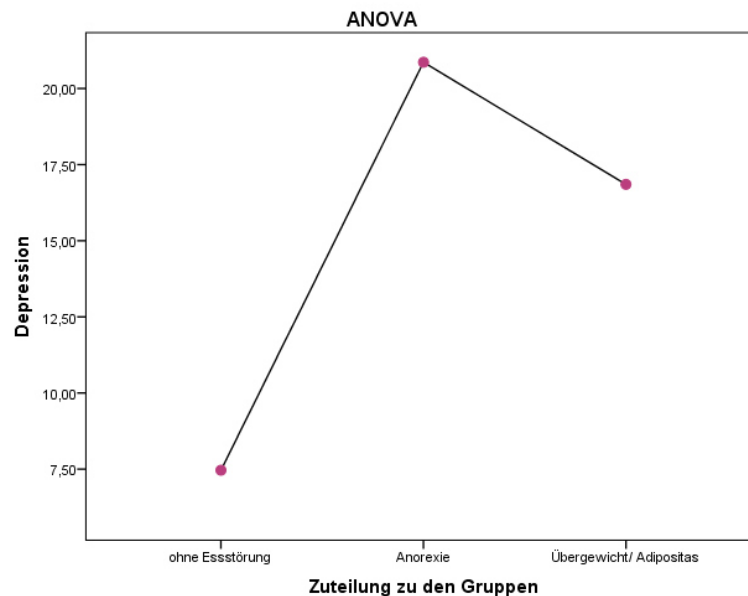


Abbildung 2. Unterschiede des Grads an Depressivität zwischen den Versuchsgruppen anhand des Erhebungsinstrumentes BDI-II.

Laut Bortz (2005) wird mit Hilfe einer Kovarianzanalyse der Einfluss einer Kontrollvariablen auf die abhängige Variable „neutralisiert“. Im Fall der hier zu berechnenden Hypothese wird angenommen, dass sich die verschiedenen Gruppen in dem Grad der Depressivität signifikant unterscheiden, wenn die Kontrollvariable Körperunzufriedenheit das Untersuchungsergebnis nicht beeinflussen soll.

H2: Die Gruppen Übergewicht/Adipositas, Anorexie und Personen ohne einer Essstörung unterscheiden sich unter Konstanthaltung der Variable Körperunzufriedenheit hinsichtlich ihres Grads der Depressivität.

Für die Berechnung der zweiten Hypothese wurde eine Kovarianzanalyse (ANCOVA) verwendet. Die Voraussetzungen können als angenommen betrachtet werden.

Die Berechnung ergab $F(1,86) = 11.63$, $p = .010$, $\eta^2 = .119$ und weist somit mit *Körperunzufriedenheit* als Kontrollvariable einen hoch signifikanten Unterschied

auf. Wenn die *Körperunzufriedenheit* konstant gehalten wird, hat die Variable *Gruppe* keinen signifikanten Einfluss mehr auf den Grad der Depression. Zwischen den Gruppen lässt sich jedoch kein signifikanter Unterschied feststellen $F(2,86) = 4.69$, $p = .012$, $\eta^2 = .098$. Daher lässt sich feststellen, dass trotz Konstanthaltung der Kontrollvariable Körperunzufriedenheit, sich die verschiedenen Gruppen dennoch signifikant unterscheiden.

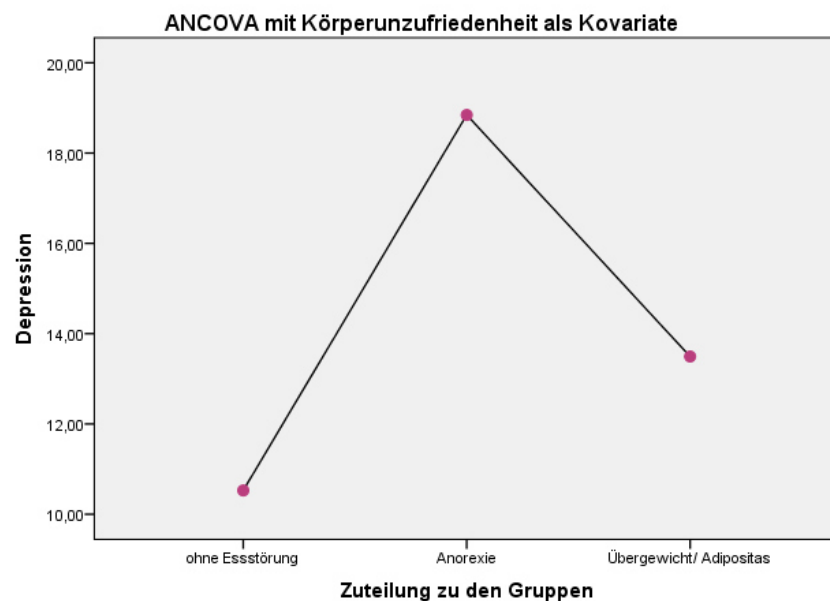


Abbildung 3. Unterschiede des Grads an Depressivität zwischen den Versuchsgruppen unter Konstanthaltung der Körperunzufriedenheit mittels des Erhebungsinstrumentes BDI-II.

Bei der Berechnung der dritten Hypothese lag der Fokus auf der Konstanthaltung der Kontrollvariable *Schlankheitsstreben*. Erneut wurde berechnet, ob sich die verschiedenen Gruppen in dem Grad der Depressivität signifikant unterscheiden, wenn die Kontrollvariable *Schlankheitsstreben* das Untersuchungsergebnis nicht beeinflusst.

H3: Die Gruppen Übergewicht/Adipositas, Anorexie und Personen ohne eine Essstörung unterscheiden sich unter Konstanthaltung der Variable Schlankheitsstreben hinsichtlich ihres Grads der Depressivität.

Die Berechnung erfolgte wieder mittels ANCOVA. Wie bei der zweiten Hypothese sind die Voraussetzungen der NV innerhalb der Gruppen für Anorexie und Übergewicht/Adipositas gegeben, und für die Kontrollgruppe kann aufgrund der Stichprobengröße auch NV angenommen werden. Die restlichen Voraussetzungen können auch als gegeben betrachtet werden. Die Berechnung ergab ein hoch signifikantes Ergebnis $F(1,86) = 11.71$, $p .001$, $\eta^2 = .120$. Die Kontrollvariable *Schlankheitsstreben* beeinflusst den Grad der Depressivität. Durch das „Herauspartialisieren“ der Kontrollvariable gab es keinen signifikanten Unterschied mehr zwischen den Gruppen $F(2,86) = 1.23$, $p = 0.298$, $\eta^2 = .028$.

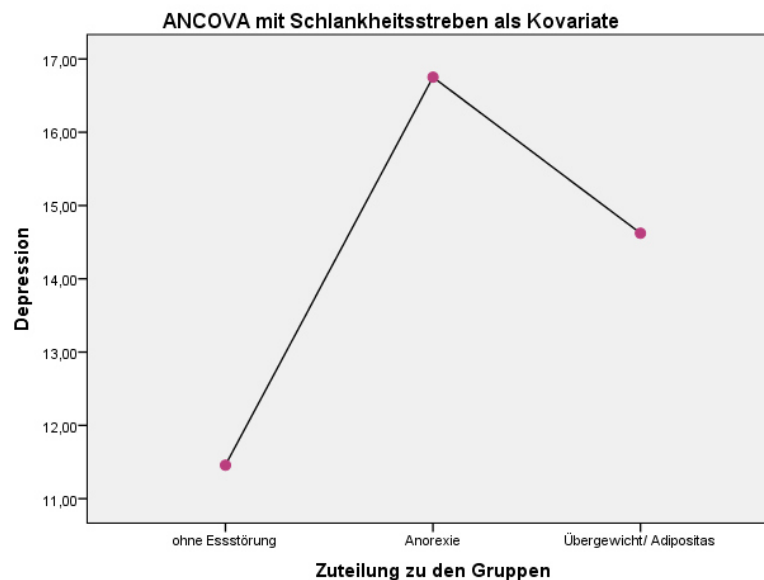


Abbildung 4: Unterschiede des Grads an Depressivität zwischen den Versuchsgruppen mit Konstanthaltung des Schlankheitsstrebens als Kovariate mit dem Erhebungsinstrument BDI-II.

Bei der Auswertung der vierten Hypothese wird untersucht, ob die Kontrollvariable *Selbstwert* einen Einfluss auf den Grad der Depressivität der verschiedenen Stichproben hat.

H4: Die Gruppen Übergewicht/Adipositas, Anorexie und Personen ohne eine Essstörung unterscheiden sich unter Konstanthaltung der Variable Selbstwert hinsichtlich ihres Grads der Depressivität.

Die Berechnung dieser Hypothese erfolgte wieder mittels ANCOVA. Wiederum ergibt die Auswertung ein signifikantes Ergebnis $F(1,86) = 94.24$, $p = .000$, $\eta^2 = .523$.

Demnach hat die Kontrollvariable Selbstwert einen signifikanten Einfluss auf die abhängige Variable, den Grad der Depressivität. Bei der Konstanthaltung von *Selbstwert* weisen die Gruppen keinen signifikanten Unterschied auf $F(2,86) = 0.93$, $p = 0.400$, $\eta^2 = .021$ und unterscheiden sich demnach nach Konstanthaltung der Kontrollvariable Selbstwert nicht signifikant voneinander.

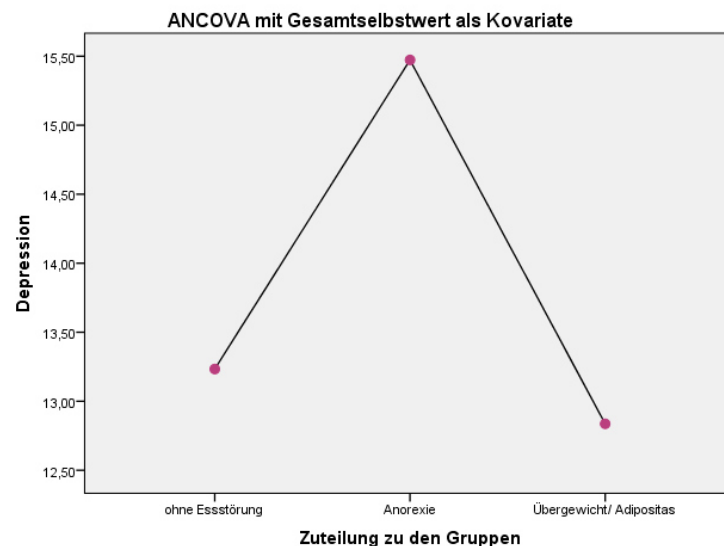


Abbildung 5: Unterschiede des Grads an Depressivität zwischen den Versuchsgruppen mit Konstanthaltung des Gesamtselbstwerts als Kovariate mit dem Erhebungsinstrument BDI-II.

Die fünfte Hypothese untersucht, ob die Variablen *Körperunzufriedenheit*, *Schlankheitsstreben* und *Selbstwert* den Grad der Depression vorhersagen können.

H5: Körperzufriedenheit, Schlankheitsstreben und Selbstwert können das Ausmaß an Depressivität signifikant vorhersagen.

Die statistische Analyse erfolgte mittels einer multiplen linearen Regression mit der ermittelt werden soll, welchen Einfluss die unabhängigen Variablen Selbstwert, Körperunzufriedenheit und Schlankheitsstreben auf die abhängige Variable Depression haben. Zur Überprüfung, wie gut die Regressionsfunktion das Modell beschreibt, werden bei der multiplen Regression zwei Gütemasse berechnet.

- Das Bestimmtheitsmass $R^2 = .666$ (Effektstärke), somit erklären die unabhängigen Variablen ungefähr 67% der Varianz von der Gesamtvarianz
- F- Wert = $F(3,93) = 62.73$, $p = .000$

Da der p- Wert hoch signifikant ist, kann davon ausgegangen werden, dass der Zusammenhang der Variablen im Modell statistisch signifikant ist. Anhand der Regressionskoeffizienten lässt sich feststellen, welche unabhängige Variable den größten Einfluss auf die abhängige Variable Depression aufweist. Bei allen unabhängigen Variablen liegt die ausgegebene Signifikanz unter .005, außer bei Körperunzufriedenheit mit $p = .463$ (siehe Tabelle 3.). Diese Variable trägt nicht signifikant bei der Vorhersage des Ausmaßes an Depressivität bei.

Auch bei Betrachtung der Teil-Korrelationen der einzelnen unabhängigen Variablen, erkennt man, dass Körperunzufriedenheit mit .11% einen sehr geringen Teil der Varianz alleine erklärt. Im Gegensatz dazu erklärt Schlankheitsstreben mit 1.44% ein wenig mehr der Varianz alleine und die unabhängige Variable Selbstwert erklärt alleine mit 31.14% den größten Varianzanteil der drei unabhängigen Variablen. Auch anhand der Korrelationen der drei unabhängigen Variablen mit der Variable Depression lässt sich sehr gut erkennen, dass der Gesamtselbstwert mit $r = -.811$, den höchsten Zusammenhang aufweist. Körperunzufriedenheit und

Schlankheitsstreben weisen mit $r = .539$ und $r = .592$ einen geringeren Zusammenhang mit Depression auf.

Die Voraussetzungen der Heteroskedastizität ist augenscheinlich gegeben, siehe Abbildung 6.

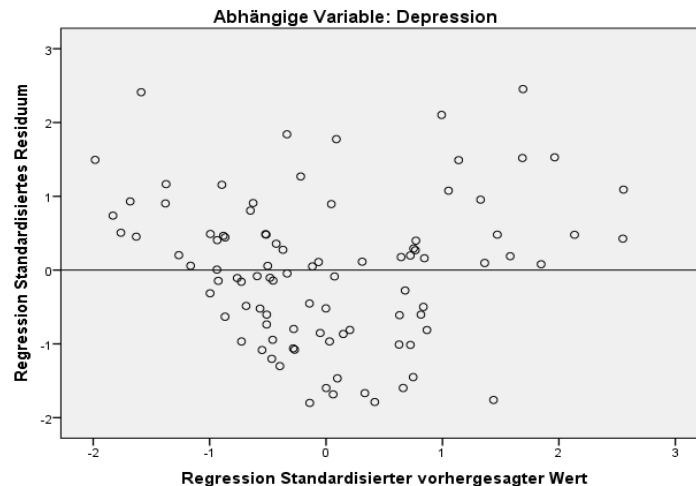


Abbildung 6: Prüfung auf Homoskedastizität der Residuen.

Eine weitere Voraussetzung der multiplen linearen Regression ist, dass die Residuen nicht korreliert sein dürfen, sonst spricht man von einer Autokorrelation. Dies wird überprüft mit Hilfe der *Durbin-Watson-Statistik*. Der Wert der vorliegenden Berechnung ist 1.884. Gemäß Field (2013) gilt, je näher der Wert an 2 liegt, desto weniger liegt eine Autokorrelation vor. Somit kann diese Voraussetzung auch als angenommen gesehen werden. Als letzte Voraussetzung muss noch darauf geachtet werden, dass keine Multikollinearität vorliegt. Multikollinearität liegt dann vor, wenn sich eine unabhängige Variable als lineare Funktion einer anderen unabhängigen Variable darstellen lässt (Field, 2013). Bei dieser Berechnung wird der VIF (variance inflation factor) als Kontrollwert herangezogen. Im Falle der Unabhängigkeit ist er 1, er steigt mit wachsender linearer Abhängigkeit. Hier ist VIF zwischen 1.686 und 2.811, das heißt, es gibt nur geringe Anzeichen auf Kollinearität. Denn laut Field (2013) sollte VIF nicht kleiner als 1 und größer als 3 sein, das ist bei diesen Werten der Fall.

		B	Standard fehler	Beta	Sig.	Partiell	Teil
1	(Konstante)	45,164	5,925		,000		
	Schlankheitsstreben.G esamt	1,705	,837	,216	,045	,215	,129
	UnzufriedenheitMitDieK örper.Gesamt	-,681	,924	-,080	,463	-,079	-,047
	GSW_GesamtSW	-,264	,030	-,720	,000	-,694	-,565

Tabelle 3: Lineares Modell der drei Prädiktoren Schlankheitsstreben, Körperunzufriedenheit und Gesamtselbstwert

4.4 Forschungsfrage 2: Selbstwert

Wie bereits in Kapitel 4.4 erwähnt, widmet sich die zweite Forschungsfrage dem Unterschied der Probandinnen der verschiedenen Gruppen in ihren Ausprägungen der Variable Gesamtselbstwert und zwei anderen Facetten des Selbstwerts.

H1: Personen, die an Übergewicht/Adipositas und Anorexie leiden, und Personen ohne eine Essstörung unterscheiden sich hinsichtlich ihres Gesamtselbstwerts.

Die Berechnung der ersten Hypothese erfolgte mittels ANOVA. Die Prüfung auf NV wurde mit dem *Shapiro-Wilkinson-Test* berechnet und wird als gegeben betrachtet. Die Berechnung der ANOVA ergab ein hoch signifikantes Ergebnis $F(2,87) = 21.79$, $p = .000$, $\eta^2 = .334$. Demnach gibt es einen signifikanten Unterschied zwischen den verschiedenen Gruppen in der Variable Selbstwert.

Um die Unterschiede der einzelnen Gruppen zu untersuchen wurden anschließend noch Post-Hoc-Tests durchgeführt. Dabei zeigte sich ein signifikanter Unterschied

zwischen der Kontrollgruppe und den Gruppen Anorexie, Übergewicht/Adipositas. Die Gruppen Anorexie und Übergewicht/Adipositas unterschieden sich nicht signifikant voneinander.

	(I) Zuteilung zu den Gruppen	(J) Zuteilung zu den Gruppen	Mittelwertdifferenz (I-J)	Standardfehler	Sig.	95 % Konfidenzintervall	
						Untergrenze	Obergrenze
Tukey-HSD	ohne Essstörung	Anorexie	39,7561 [*]	6,58647	,000	24,0508	55,4614
		ÜG/AD	34,8561 [*]	7,40376	,000	17,2020	52,5102
	Anorexie	Ohne ES	-39,7561 [*]	6,58647	,000	-55,4614	-24,0508
		ÜG/AD	-4,9000	7,89002	,809	-23,7136	13,9136
	Übergewicht/Adipositas	Ohne ES	-34,8561 [*]	7,40376	,000	-52,5102	-17,2020
		Anorexie	4,9000	7,89002	,809	-13,9136	23,7136
LSD	ohne Essstörung	Anorexie	39,7561 [*]	6,58647	,000	26,6648	52,8474
		ÜG/AD	34,8561 [*]	7,40376	,000	20,1403	49,5719
	Anorexie	Ohne ES	-39,7561 [*]	6,58647	,000	-52,8474	-26,6648
		ÜG/AD	-4,9000	7,89002	,536	-20,5823	10,7823
	Übergewicht/Adipositas	Ohne ES	-34,8561 [*]	7,40376	,000	-49,5719	-20,1403
		Anorexie	4,9000	7,89002	,536	-10,7823	20,5823

Tabelle 4: Post- Hoc-Tests nach einfaktorieller ANOVA mit Gesamtselbstwert als AV

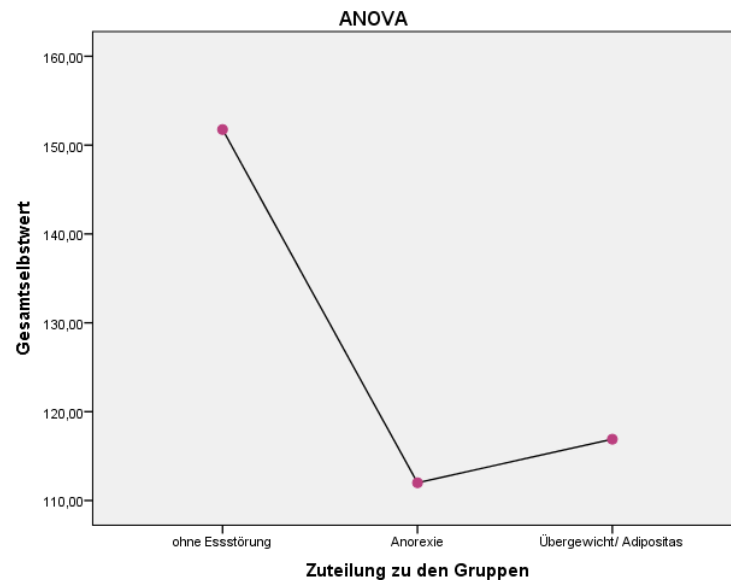


Abbildung 7. Unterschiede der Ausprägungen des Gesamtselbstwerts zwischen den Versuchsgruppen des Erhebungsinstruments EDI II.

Bei der Auswertung der zweiten Hypothese interessiert der Unterschied zwischen den verschiedenen Gruppen hinsichtlich der *Körperbezogenen Selbstwertschätzung*.

H2: Personen, die an Übergewicht/Adipositas und Anorexie leiden, und Personen ohne eine Essstörung unterscheiden sich hinsichtlich der Körperbezogenen Selbstwertschätzung.

Die Berechnung wurde mit einer ANOVA durchgeführt. Die Voraussetzungen wurden überprüft und waren gegeben. Die statistische Analyse ergab ein hoch signifikantes Ergebnis $F(2,87) = 14.21$, $p = .000$, $\eta^2 = .246$.

Die anschließend durchgeführten Post-Hoc-Tests zeigten keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen Anorexie und Übergewicht/Adipositas. Zwischen der Kontrollgruppe und den anderen zwei Gruppen zeigte sich ein signifikanter Unterschied.

	(I) Zuteilung zu den Gruppen	(J) Zuteilung zu den Gruppen	Mittelwertdifferenz (I-J)	Standardfehler	Sig.	95 % Konfidenzintervall	
						Untergrenze	Obergrenze
Tukey-HSD	ohne Essstörung	Anorexie	7,6039 [*]	2,07680	,001	2,6518	12,5560
		ÜG/AD	11,5573 [*]	2,33451	,000	5,9907	17,1239
	Anorexie	Ohne ES	-7,6039 [*]	2,07680	,001	-12,5560	-2,6518
		ÜG/AD	3,9534	2,48783	,256	-1,9787	9,8856
	Übergewicht/Adipositas	Ohne ES	-11,5573 [*]	2,33451	,000	-17,1239	-5,9907
		Anorexie	-3,9534	2,48783	,256	-9,8856	1,9787
LSD	ohne Essstörung	Anorexie	7,6039 [*]	2,07680	,000	3,4760	11,7317
		ÜG/AD	11,5573 [*]	2,33451	,000	6,9172	16,1974
	Anorexie	Ohne ES	-7,6039 [*]	2,07680	,000	-11,7317	-3,4760
		ÜG/AD	3,9534	2,48783	,116	-0,9914	8,8983
	Übergewicht/Adipositas	Ohne ES	-11,5573 [*]	2,33451	,000	-16,1974	-6,9172
		Anorexie	-3,9534	2,48783	,116	-8,8983	0,9914

Tabelle 5: Post-Hoc-Tests nach einfaktorieller ANOVA mit Körperbezogener Selbstwert als AV

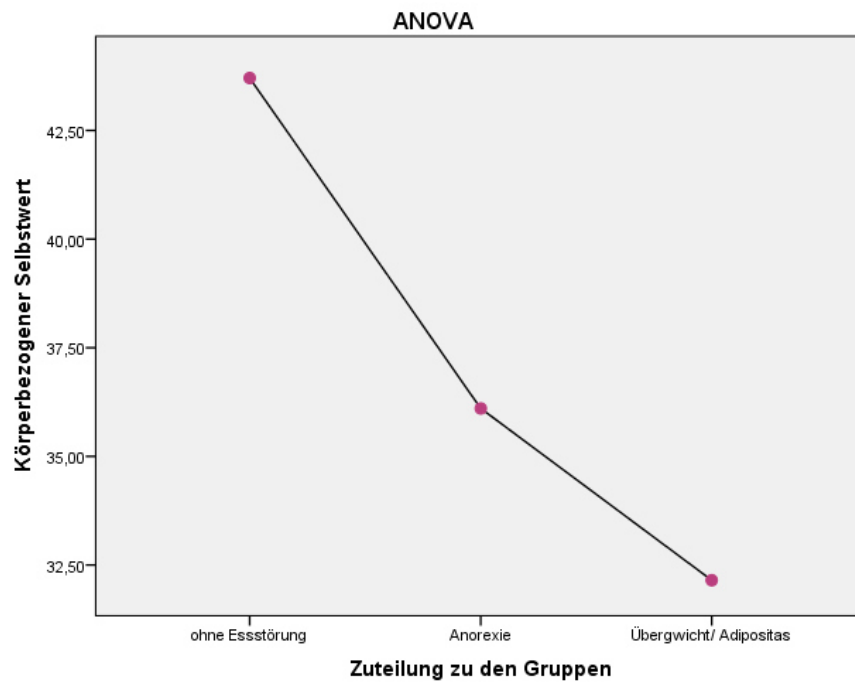


Abbildung 8. Unterschiede der Ausprägungen des Körperbezogenen Selbstwerts zwischen den Versuchsgruppen anhand des Erhebungsinstruments EDI II.

Bei der dritten Hypothese soll untersucht werden, ob Probandinnen, die an Anorexie leiden, eine höhere leistungsbezogene Selbstwertschätzung aufweisen, als die übrigen zwei Gruppen.

H3: Personen, die an Anorexie erkrankt sind, haben eine höhere, leistungsorientierte Selbstwertschätzung als Personen, die an Übergewicht/Adipositas leiden und Personen ohne einer Essstörung.

Die Berechnung erfolgte mittels einer einfaktoriellen Varianzanalyse. Die notwendigen Voraussetzungen wurden als gegeben betrachtet. Das Ergebnis der ANOVA erwies sich als hoch signifikant $F(2,91) = 9.26$, $p = .000$, $\eta^2 = .208$. Demnach konnte ein signifikanter Unterschied zwischen den verschiedenen Gruppen in Bezug

der leistungsorientierten Selbstwertschätzung festgestellt werden. Um eine genauere Betrachtung der Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen zu erhalten, wurden anschließend Post-Hoc-Tests durchgeführt. Diese zeigten einen signifikanten Unterschied der Kontrollgruppe mit den Gruppen Anorexie und Übergewicht/Adipositas. Kein signifikanter Unterschied zeigte sich zwischen den Gruppen Anorexie und Übergewicht/Adipositas. Somit konnte die Hypothese nicht bestätigt werden.

	(I) Zuteilung zu den Gruppen	(J) Zuteilung zu den Gruppen	Mittelwertdifferenz (I-J)	Standardfehler	Sig.	95 % Konfidenzintervall	
						Untergrenze	Obergrenze
Tukey-HSD	ohne Essstörung	Anorexie	5,7183 [*]	1,25557	,000	2,7244	8,7121
		ÜG/AD	4,2976 [*]	1,41138	,009	0,9322	7,6630
	Anorexie	Ohne ES	-5,7183 [*]	1,25557	,000	-8,7121	-2,7244
		ÜG/AD	-1,4207	1,50407	,614	-5,0071	2,1657
	Übergewicht/Adipositas	Ohne ES	-4,2976 [*]	1,41138	,009	-7,6630	-0,9322
		Anorexie	1,4207	1,50407	,614	-2,1657	5,0071
LSD	ohne Essstörung	Anorexie	5,7183 [*]	1,25557	,000	3,2227	8,2138
		ÜG/AD	4,2976 [*]	1,41138	,003	1,4923	7,1028
	Anorexie	Ohne ES	-5,7183 [*]	1,25557	,000	-8,2138	-3,2227
		ÜG/AD	-1,4207	1,50407	,347	-4,4102	1,5688
	Übergewicht/Adipositas	Ohne ES	-4,2976 [*]	1,41138	,003	-7,1028	-1,4923
		Anorexie	1,4207	1,50407	,347	-1,5688	4,4102

Tabelle 6: Post-Hoc-Tests nach einfaktorieller ANOVA mit Leistungsbezogenen Selbstwert als AV

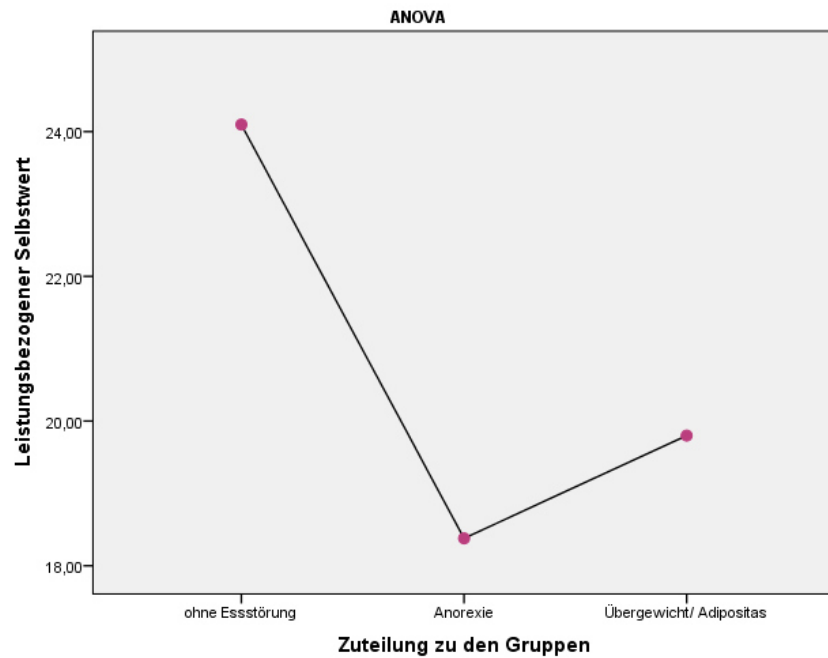


Abbildung 9. Unterschiede der Ausprägungen des Leistungsbezogenen Selbstwerts zwischen den Versuchsgruppen anhand des Erhebungsinstruments EDI II.

5 Diskussion

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der deskriptiven Statistik noch einmal zusammengefasst, um sie im weiteren Verlauf zu interpretieren und zu diskutieren. Ein Ausblick in die weiterführende Forschungsthemen und eine kritische Stellungnahme zum methodischen Vorgehen schließen die Diskussion ab.

5.1 Zusammenfassung der Studie

Der Fokus der Arbeit liegt auf dem Vergleich zweier Gruppen, die auf der somatischen Ebene sehr unterschiedlich sind, die aber auf der psychischen Ebene einige Faktoren gemeinsam haben:

- Menschen, die an Übergewicht bzw. Adipositas leiden und
- Menschen, die an Anorexia Nervosa erkrankt sind.

Als Vergleichswerte werden die Ausprägungen in den Variablen Depression und Selbstwert herangezogen. Weiteres werden bei der Variable Depression noch Körperunzufriedenheit und Schlankheitsstreben als mögliche Kontrollvariablen in die Berechnung miteinbezogen. Um die Unterschiede in der Variable Selbstwert noch genauer differenzieren zu können, werden zusätzlich zum globalen Selbstwert, auch Leistungsbezogener Selbstwert und Körperbezogener Selbstwert in die Berechnung eingeschlossen. Anhand der statischen Kennwerte und der recherchierten Literatur werden die Hypothesen beantwortet und interpretiert.

Die Einteilung der Gruppen erfolgte für alle Probandinnen unter denselben Voraussetzungen, die unter anderem den BMI und Fragen aus dem SKID (Wittchen et al., 1997) beinhalteten.

5.2 Beantwortung der Fragestellungen und Interpretation der Hypothesen

H1: Die Gruppen Übergewicht/Adipositas, Anorexie und Personen ohne einer Essstörung unterscheiden sich hinsichtlich ihres Grads der Depressivität.

Wie erwartet besteht ein hoch signifikanter Unterschied zwischen den drei verschiedenen Gruppen in Bezug auf den Grad der Depressivität.

Auch der Literatur kann deutlich entnommen werden, dass Menschen, die an Übergewicht bzw. Adipositas oder Anorexie leiden, deutlich mehr depressive Symptome aufweisen als gesunde Personen (Duncan et al., 2005; Faith et al., 2011; Markowitz et al., 2008; Stice & Bearman, 2001; Thormann et al., 2013). Die Gründe dafür sind zahlreich und vielschichtig. Ein essentieller Grund ist mitunter die eigene Unzufriedenheit mit dem Körper (American Psychiatric Association, 2013; Friedman et al., 2002). Aus vorherigen Studien geht hervor, dass vor allem Menschen mit Anorexie und Übergewicht/Adipositas signifikant unzufriedener mit ihrem Körper sind als gesunde Menschen (Fichter, 2008; Friedman et al., 2002; Garfinkel et al., 1983; Markowitz et al., 2008). Garner, Garfinkel, Stancer und Moldofsky (1976) postulierten schon in den späten 1970er Jahren, dass Menschen mit Anorexie oder Adipositas zur einer Überschätzung des eigenen Körpervolumens tendieren.

In ihrer Arbeit untersuchten die Autoren, ob Personen, die an Anorexie oder Adipositas erkrankt sind, eine verzerrte Wahrnehmung bezüglich des eigenen Körpers aufweisen. Verglichen mit den Kontrollgruppen, die Personen ohne bisheriger Erkrankung einer Essstörung enthielten, zeigten anorektische und adipöse Menschen eine relative Überschätzung des eigenen Körpervolumens. Dennoch merkten die Autoren in ihrer Studie an, dass ungefähr die Hälfte der anorektischen oder adipösen Probandinnen ihren totalen Körpervolumen sogar unterschätzten, ähnlich wie die Kontrollgruppen (Garner et al., 1976). Auch in später durchgeführten Studien konnte aufgezeigt werden, dass Körperunzufriedenheit bei adipösen Menschen partiell als Mediatorvariable von Depression und Körpergewicht fungiert (Friedman et al., 2002). Gemäß Garner (1997) ist das individuelle Körperbild eine individuelle psychologische Erfahrung über die Erscheinung und Funktion des

eigenen Körpers, und spiegelt gleichzeitig auch die mentale Repräsentation des Individuums über das eigene Selbst wider. Dementsprechend konnten Friedman et al. (2002) die Ergebnisse von Garner et al. (1976) bestätigen und auch erweitern. In ihrer Arbeit postulierten sie nicht nur, dass Personen mit Adipositas eine verzerrte negative Wahrnehmung des eigenen Körpers aufweisen, sondern auch, dass je höher der BMI der Probanden ist, desto niedriger sind die Ausprägungen des Selbstwerts, und umso depressiver beschrieben sich die Probanden (Friedman et al., 2002).

Auch bei Personen, die an Anorexie leiden, wurde in zahlreichen Studien belegt, dass sie oftmals depressive Symptome entwickeln aufgrund des permanenten, exzessiven Schlankheitsstrebens und dem damit verbundenen emotionalen Stress aufgrund des überschätzten Körpervolumens (Troop et al., 1994).

Obwohl es auf den ersten Blick auf rein somatischer Ebene starke Unterschiede zwischen den zwei Krankheiten gibt, ergeben sich dennoch oftmals Parallelen auf der psychischen Ebene.

Die Unterschiede zwischen den Untersuchungen von 1976 (Garner et al., 1976) und den Ergebnissen der letzten Jahren (z.B. Friedman et al., 2002; Troop et al., 1994), können möglicherweise darauf zurückzuführen sein, dass Mitte der 1970er Jahre das Schönheitsideal der Frau noch nicht so sehr im Fokus stand, wie in den heutigen Medien. Des Weiteren postulierten Thompson, Heinberg, Altabe und Tantleff-Dunn (1998) in ihrer Arbeit, dass Frauen mit einer höheren Unzufriedenheit mit dem Körper auf den Druck der Medien mit dem schlanken Schönheitsideal, stärker reagieren, und sich dadurch mehr unter Druck gesetzt fühlen. Somit verstärkt sich möglicherweise wiederum die eigene Körperunzufriedenheit, die Personen reagieren mit depressiven Symptomen, und es entsteht ein Teufelskreis.

Aus diesem Grund wird in der nachfolgenden Hypothese der Unterschied zwischen den Gruppen, in Bezug auf den Grad der Depressivität unter dem Einfluss von Körperunzufriedenheit, untersucht.

H2: Die Gruppen Übergewicht/Adipositas, Anorexie und Personen ohne einer Essstörung unterscheiden sich unter Konstanthaltung der Variable Körperzufriedenheit hinsichtlich ihres Grads der Depressivität.

Wenn die *Körperunzufriedenheit* konstant gehalten wird, hat die Variable *Gruppe* keinen signifikanten Einfluss mehr auf den Grad der Depression. Somit kann davon ausgegangen werden, dass Körperunzufriedenheit einen Einfluss auf Depression hat. Anhand der grafischen Abbildung 3 lässt sich deutlich erkennen, dass nach der Herauspartialisierung der Körperunzufriedenheit, der Grad an Depression bei der adipösen Gruppe deutlich niedriger ausgefallen ist, somit die Annahme der Literatur (Friedman et al., 2002) bestätigt werden kann, dass Körperunzufriedenheit einen Einfluss auf die Depressivität von adipösen Personen hat. Auch bei Anorexie ist der Grad der Depression ein wenig niedriger ausgefallen.

Dieses Ergebnis spricht auch dafür, dass Körperzufriedenheit einen Einfluss auf den Grad der Depressivität hat. Dennoch fällt der Unterschied bei den anorektischen Probandinnen nicht so stark auf wie bei den adipösen Teilnehmerinnen. Das könnte möglicherweise darauf zurückzuführen sein, dass es laut vorherigen Studien, bei anorektischen Personen sehr oft eine Prädisposition für Depression vor Beginn der Essstörung vorherrscht und sie in Kombination mit der Erkrankung auftritt (Moorhead et al., 2003). Cash und Iii (1996) postulierten des Weiteren in ihrer Arbeit, dass zwar stark abgemagerte anorektische Personen unzufrieden mit ihrem Körper sind, aber ihr eigenes Körperbild näher an dem schlanken Schönheitsideal sehen, als bulimische Personen. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Körperunzufriedenheit zwar einen Einfluss auf Depression hat, aber nach Herauspartialisierung dieser Kontrollvariable, kein signifikanter Unterschied mehr zwischen den Gruppen im Grad der Depressivität, besteht.

Trotzdem ist hierbei zu erwähnen, dass es sich nicht um signifikante Unterschiede handelt, sondern man anhand der Grafik bloß einen Trend beobachten kann. Mögliche Gründe sind unter anderem die kleine Stichprobengröße. Mit einer

größeren Stichprobe würden die Unterschiede möglicherweise signifikanter ausfallen.

H3: Die Gruppen Übergewicht/Adipositas, Anorexie und Personen ohne einer Essstörung unterscheiden sich unter Konstanthaltung der Variable Schlankheitsstreben hinsichtlich ihres Grads der Depressivität.

Anhand der grafischen Darstellung (Abbildung 4) lässt sich auch ablesen, dass die Ausprägungen der Depression ohne den Einfluss des Schlankheitsstrebens kleiner ausgefallen sind - bei allen drei Versuchsgruppen. Man kann anhand der Grafik auch einen deutlichen Unterschied in den Ausprägungen in der Variable Depression der anorektischen Gruppe erkennen – sowohl mit als auch ohne Einbeziehung der Kontrollvariable Schlankheitsstreben (siehe H1). Somit ist Schlankheitsstreben bei anorektischen Personen ein wichtiger Faktor in Bezug auf depressive Symptome. Weiter kann angenommen werden, dass gesunde Menschen ein niedrigeres Schlankheitsstreben aufweisen als Personen, die an Anorexie oder Übergewicht bzw. Adipositas leiden.

Das Ergebnis wurde bei Personen, die an Anorexie leiden, auch schon von zahlreichen Studien belegt (Bulik et al., 1997; Killen et al., 1996; Troop et al., 1994) und ist selbst dem einheitlichen Krankheitsbild nach den Diagnosekriterien des DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) zu entnehmen. Interessant hierbei ist die Tatsache, dass bei dieser Stichprobe adipöse Personen auch ein höheres Streben nach einem schlanken Körper aufweisen als die Kontrollgruppe. In der Literatur wird häufig von Adipositas und sozialer Diskriminierung in Zusammenhang mit dem schlanken Schönheitsideal der westlichen Welt gesprochen (Klaczynski et al., 2004). Dieser soziale Druck, den viele übergewichtige oder adipöse Menschen dadurch spüren, kann möglicherweise ein erhöhtes Schlankheitsstreben fördern. Denn nur wenn man dem Ideal des perfekten Menschen so nahe wie möglich kommt, wird man überhaupt als Mensch anerkannt und akzeptiert (Puhl & Brownell, 2006). Sei dies im Berufsleben oder im individuellen sozialen Umfeld etc. Der mögliche Unterschied,

der zwischen Menschen mit Anorexie und Übergewicht/Adipositas ersichtlich ist, ist, dass die Gründe für ein erhöhtes Schlankheitsstreben bei der anorektischen Gruppe primär internal ihren Ursprung finden, und bei übergewichtigen bzw. adipösen Menschen eher external, in Form von sozialer Diskriminierung, Stigmatisierung. Jedoch versuchen beide Personengruppen durch Schlankheitsstreben ihren Selbstwert zu schützen.

Anorektische Personen fühlen sich nach erfolgreicher Reduzierung des Körpergewichts wertvoller und haben das Gefühl, mehr Kontrolle über den eigenen Körper zu haben. Dies wiederum impliziert eine Steigerung des Selbstwerts und möglicherweise eine Reduzierung einer depressiven Symptomatik. Adipöse Personen, könnten mit einem aktiven Schlankheitsstreben das Gefühl erhalten, dass sie sich aktiv gegen soziale Diskriminierung und Stigmatisierung wehren können, indem sie die Ursache davon bekämpfen. Dies könnte möglicherweise auch eine Steigerung des Selbstwerts und eine Reduzierung einer depressiven Symptomatik indizieren. Ein Beispiel für den Druck der westlichen Welt in Bezug auf das gängige Schönheitsideal liefern Rucker und Cash (1992). In ihrer Arbeit postulierten sie, dass afro-amerikanische Frauen im Vergleich mit amerikanischen Frauen eine verminderte Körperunzufriedenheit aufweisen, generell zufriedener sind mit ihrer äußerlichen Erscheinung und sich weniger Gedanken über „zu dick sein“ und Diäten machen.

H4: Die Gruppen Übergewicht/Adipositas, Anorexie und Personen ohne einer Essstörung, unterscheiden sich unter Konstanthaltung der Variable Selbstwert hinsichtlich ihres Grads der Depressivität.

Wenn der Gesamtselbstwert konstant gehalten wird, hat die Variable *Gruppe* keinen signifikanten Einfluss mehr auf den Grad der Depression. Somit kann davon ausgegangen werden, dass Selbstwert einen Einfluss auf Depression hat. Anhand der grafischen Darstellung (Abbildung 5.) lässt sich auch deutlich ablesen, dass anorektische Personen die höchsten Ausprägungen aufweisen, dicht gefolgt von der

Gruppe mit übergewichtigen bzw. adipösen Personen. Dennoch kann man erkennen, dass die Werte im Allgemeinen niedriger ausfallen, wie beispielsweise bei H1 oder H2. Dies impliziert, dass Selbstwert einen hohen Einfluss auf Depression hat.

Dieses Ergebnis stützt wieder die bisher durchgeführten Untersuchungen (Garfinkel et al., 1983; Gavin et al., 2010; Haines & Neumark-Sztainer, 2006; Halvorsen & Heyerdahl, 2006). Ein interessanter Unterschied, der aufgrund der bisherigen Literatur aufscheint, ist, dass bei der Beschreibung des Krankheitsbilds der Anorexia Nervosa oftmals ein niedriger Selbstwert zum Krankheitsausbruch beitragen kann (Comer, 2008; Wittchen et al., 1997). Bei adipösen Personen wiederum vermindert sich der Selbstwert oftmals erst durch unzählige Stigmatisierungen und Diskriminierungen durch andere Menschen (Puhl et al., 2001; Puhl et al., 2008; Puhl & Brownell, 2006). Den betroffenen Menschen wird vermittelt, dass sie als übergewichtige Personen in der Gesellschaft weniger wertvoll seien. Dies führt in vielen Fällen zu depressiven Symptomen (Klaczynski et al., 2004). Darüber hinaus kann auch die eingeschränkte physische Aktivität adipöser Personen einen Einfluss auf den Selbstwert der Personen haben.

H5: Körperzufriedenheit, Schlankheitsstreben und Selbstwert können das Ausmaß an Depressivität signifikant vorhersagen.

Anhand des Ergebnisses kann man ableiten, dass diese drei Konstrukte den Grad der Depressivität mit 67% erklären können. Dies impliziert, dass alle drei Konstrukte wesentliche Faktoren sind, die zu einer Depression beitragen können. Wobei hier zu erwähnen ist, dass Unzufriedenheit mit dem Körper den unbedeutendsten Faktor zur Erklärung der Varianz, darstellt. Die Ergebnisse der Teil-Korrelation zeigen an, dass der Gesamtselbstwert den größten Teil der Varianz der abhängigen Variable Depression erklärt, und in dem Fall der wichtigste Prädiktor von Depression ist (siehe Tabelle 3). Dies findet sich auch in der Literatur wieder (Beck, 1967; Pollice et al., 1997). Depression geht in den meisten Fällen mit einem niedrigen Selbstwert einher. Dies spiegelt auch das Ergebnis der Korrelation

zwischen Depression und Gesamtselbstwert wider. Die hohe negative Korrelation symbolisiert den Zusammenhang dieser zwei Faktoren - je höher der Selbstwert einer Person ist, desto geringer ist der Grad der Depression, oder umgekehrt.

Schlankheitsstreben liefert auch einen erwähnenswerten Anteil in der Erklärung der Varianz der abhängigen Variable Depression. Viele Menschen, die an Anorexie unter dem Druck des westlichen Schönheitswahns leiden (Haines & Neumark-Sztainer, 2006; Troop et al., 1994). Auch psychisch gesunde Personen unterliegen dem permanenten Druck, dem Ideal nachzueifern, um in der Gesellschaft eine anerkannte Persönlichkeit dazustellen. Um eine genauere Betrachtung der Thematik zu erhalten siehe H3.

Körperunzufriedenheit erklärt den geringsten Anteil der Varianz. Dadurch, dass die meisten Personen, die nicht an einer Essstörung, Übergewicht oder Adipositas leiden, eine allgemein positive Einstellung ihrem Körper gegenüber aufweisen, kann dies auch als möglicher Faktor betrachtet werden, für das vorliegende Ergebnis. Bei einer erneuten Analyse wäre es womöglich sinnvoll, andere Prädiktoren für die Vorhersage der Depression zu verwenden, um einen umfassenderen Überblick zu erhalten.

H1: Personen, die an Übergewicht/Adipositas und Anorexie leiden, und Personen ohne eine Essstörung unterscheiden sich hinsichtlich ihres Gesamtselbstwerts.

Wie erwartet besteht ein hoch signifikanter Unterschied zwischen den drei verschiedenen Gruppen. Um genauere Unterschiede feststellen zu können, wurde anschließend noch mit Post-Hoc-Tests gerechnet. Dabei zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen der Kontrollgruppe und den Gruppen Anorexie, Übergewicht/Adipositas. Die Gruppen Anorexie und Übergewicht/Adipositas unterscheiden sich nicht signifikant voneinander. Anhand der Grafik (Abbildung 7.) lässt sich gut erkennen, dass ein großer Unterschied in der Ausprägung des Gesamtselbstwerts zwischen den Gruppen liegt. Die gesunde Kontrollgruppe weist

eindeutig höhere Ausprägungen auf, als die übrigen zwei Gruppen. Zusätzlich, zu den Erklärungen bezüglich des Selbstwerts bei H1, kann noch ergänzt werden, dass adipöse Personen im Vergleich zu normalgewichtigen Menschen, eine größere Erfahrung mit physischer Eingeschränktheit aufweisen (Aluoja, Leinsalu, Shilk, Vasar, & Luuk, 2004). Auch die Verfasserin dieser Diplomarbeit begleitete eine Selbsthilfegruppe für adipöse Menschen und entnahm aus diversen Berichten über das alltägliche Leben, dass oftmals schon simple Tätigkeiten wie sich einen geeigneten Sitzplatz suchen, ein Problem darstellen können. Die betroffenen Personen klagten über zu enge Sitze oder, dass sie teilweise nicht mehr mit dem Flugzeug reisen, da die Sitze zu eng für sie wären. Solche Aussagen implizieren wiederum die Annahme, dass das Selbstwertgefühl solcher Personen, aufgrund verschiedener Erfahrungen, geringer ist als bei normalgewichtigen Personen.

H2: Personen, die an Übergewicht/Adipositas und Anorexie leiden, und Personen ohne eine Essstörung unterscheiden sich hinsichtlich der Körperbezogenen Selbstwertschätzung.

Das Ergebnis dieser Hypothese liefert ein signifikantes Ergebnis. Die Gruppen Anorexie und Übergewicht/Adipositas unterscheiden sich untereinander nicht signifikant, jedoch zur Kontrollgruppe kann ein signifikanter Unterschied festgestellt werden. Auffallend hierbei ist, dass die Gruppe mit den übergewichtigen oder adipösen Personen die niedrigsten Ausprägungen des Körperbezogenen Selbstwerts aufweist (siehe Abbildung 8). Obwohl in vielen Studien postuliert wird, dass anorektische Personen sich oftmals als physisch äußerst unattraktiv empfinden (American Psychiatric Association, 2013), ist das Ergebnis dennoch nicht wirklich verwunderlich. Denn laut Carr, Friedman und Jaffe (2007) gibt es Unterschiede in den verschiedenen Gruppen der Adipositas. Während sich Personen der Adipositas Grad 1 teilweise noch nicht oder nur ein wenig von normalgewichtigen Personen unterscheiden, gibt es bei den Personen der Adipositas Grad 2 und 3, größere Unterschiede. Somit spielt bei der körperbezogenen Selbstwertschätzung der BMI auch eine tragende Rolle. Da in der erhobenen Stichprobe primär Menschen mit

Übergewicht und Adipositas Grad 1 teilgenommen haben, ergibt sich erwartungsgemäß das vorliegende Ergebnis. Darüber hinaus dient die Skala des MSWS (Schütz & Sellin, 2006), die sich aus zwei Subskalen zusammensetzt, nicht nur der Erfassung der eigenen empfundenen physischen Attraktivität dient, sondern auch zur Einschätzung der eigenen sportlichen Fähigkeiten.

Folglich ist es nicht weiter verwunderlich, dass Personen, die an Anorexie leiden, durchschnittlich etwas höhere Ausprägungen in dieser Skala aufweisen, als adipöse Personen der Stichprobe. Da sie zur Kompensation der Nahrungsaufnahme oftmals exzessiv und ausdauernd Sport betreiben um ihrem persönlichen Schlankheitsideal immer näher zu kommen. Adipöse bzw. übergewichtige Menschen hingegen haben oftmals physische Einschränkungen aufgrund des hohen Gewichts, und sind daher auch weniger in der Lage, sportlich aktiv zu sein. Aus diesem Grund beschreiben sie ihre Fähigkeiten diesbezüglich eher als gering. Gesunde Personen haben generell einen höheren Selbstwert als adipöse oder anorektische Personen und sind deshalb auch stabiler und selbstbewusster in der Beschreibung der eigenen Attraktivität und sportlichen Fähigkeiten (Brown et al., 2009) .

H3: Personen, die an Anorexie erkrankt sind, haben eine höhere leistungsorientierte Selbstwertschätzung als Personen, die an Übergewicht/Adipositas leiden und Personen ohne einer Essstörung.

Die Annahme, dass Personen, die an Anorexie leiden, einen höheren Selbstwert, der auf ihren Leistungen bedingt, haben, als adipöse oder gesunde Menschen, konnte nicht bestätigt werden. Im Gegenteil, diese Gruppe weist durchschnittlich die niedrigste Ausprägung in dieser Skala auf (siehe Abbildung 9).

Zu beachten ist hierbei auch, dass anorektische Personen auch im Gesamtselbstwert die durchschnittlich niedrigste Ausprägung aufweist. Folglich bezieht sich das niedrige Selbstwertgefühl nicht nur auf den Bereich des eigenen

Körpers oder das soziale Umfeld, sondern auch auf die berufliche Ebene. Der Grund für die niedrige Ausprägung der zwei Gruppen Adipositas und Anorexie ist jedoch unterschiedlich. In der Literatur wird oft beschrieben, dass adipöse Menschen oftmals starker sozialer Diskriminierung und Stigmatisierung ausgesetzt sind, vor allem im beruflichen Umfeld (Puhl & Brownell, 2006). Jene Personen werden schon aufgrund der äußerlichen Erscheinung sozial abgewertet und beispielsweise mit Faulheit, Inkonsequenz oder Dummheit in Verbindung gebracht (Puhl et al., 2001). Somit haben adipöse Menschen oftmals keine Chance ihre Fähigkeiten unter Beweis zu stellen und verlieren somit auch völlig den Glauben an sich selbst.

Bei anorektischen Personen dreht sich die ganze Welt nur um die Reduzierung des eigenen Körpergewichts. Oftmals verbringen sie einen ganzen Tag damit eine Mahlzeit zu kochen oder Kalorien verschiedener Nahrungsmittel zu zählen. Dieses Verhalten zeigt oftmals schon stark zwanghafte Züge (Wilsdon & Wade, 2006). Somit ist es weniger verwunderlich, dass sich Personen, die an Anorexie leiden, weniger um den beruflichen Alltag kümmern als mit ihrer Nahrungsaufnahme oder sportlichen Aktivitäten. Folglich kann den beruflichen Fähigkeiten nicht ein allzu großer Stellenwert zugeschrieben werden und wird somit auch als niedriger, anlehnend an den Gesamtselbstwert eingeschätzt. Dennoch weisen anorektische Personen einen höheren Perfektionismus auf, als normalgewichtige Personen. Ein wichtiges Kriterium hierbei ist, dass anorektische Personen einen höheren Drang zur Perfektion aufweisen, weil sie dadurch das Gefühl bekommen, ihrem Ziel, der permanenten Gewichtsreduktion und dem damit verbundenem Körper, näher zu kommen. Deshalb ist ihre Motivation hierbei internal begründet und wird nicht durch Erwartungen anderer bestärkt (Bastiani, Rao, Weltzin, & Kaye, 1995). Es konnte auch aufgezeigt werden, dass anorektische Personen, selbst nach Genesung der Krankheit, weiterhin einen höheren Perfektionismus aufweisen, als gesunde nicht essgestörte Personen (Bastiani et al., 1995).

Somit kann aufgrund der Ergebnisse und der Literatur (Bastiani et al., 1995) , die Vermutung angenommen werden, dass Personen die an Anorexie leiden, einen hohen selbstindizierten Druck aufweisen und in Folge des vorherrschenden Perfektionismus, dem nicht gerecht werden können. Das hat zur Folge, dass jene

Personen aufgrund der hohen Leistungsanforderungen an sich selbst, ihre eigene Leistung nicht objektiv einschätzen können und sich somit immer schlechter bewerten im Vergleich zu anderen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich die zwei Krankheiten auf der Ebene des psychischen Wohlbefindens in vielen Facetten sehr ähnlich sind. In Bezug auf Depression unterscheiden sich beide Gruppen signifikant von der gesunden Kontrollgruppe und auch in den Ausprägungen des Selbstwerts, Körperunzufriedenheit und Schlankheitsstreben ergeben sich ähnliche Ergebnisse beider Gruppen. Beide Krankheiten weisen einen niedrigen Selbstwert und einen erhöhten Grad an Depressivität auf. Teilweise bedingt durch externale und internale Faktoren, jedoch auch durch die Krankheit selbst. Die Wechselwirkung, ob Adipositas oder Anorexie zur Depression führt oder umgekehrt, ist noch nicht ganz erklärt und verlangt noch weitere wissenschaftliche Untersuchung.

5.3 Kritik & Ausblick

Einige Punkte gibt es, die möglicherweise einen Einfluss auf die Ergebnisse haben könnten und bei einer erneuten Untersuchung dieser Thematik verbessert werden könnten.

Eine offensichtliche Schwäche der Studie stellt die Größe der Stichprobe dar. Dadurch, dass die Stichprobenanzahl pro Gruppe eher klein ausfällt, kann es zu Verzerrungen der Ergebnisse kommen. Des Weiteren beinhalten die Fragebögen teilweise sehr intime und private Fragen. Da sich die Versuchsleiterinnen aber meistens mit den Probandinnen im selben Raum befanden, kann dies zu Verfälschungen der Antworten der Teilnehmerinnen beitragen. Die Probandinnen könnten sich durch die Anwesenheit der Versuchsleiterinnen gestört und oder beobachtet fühlen, und dementsprechend nach dem Format der sozialen Erwünschtheit antworten und nicht ihren eigenen Beschreibungen entsprechend. Ein weiterer Kritikpunkt der Studie ist, dass nicht zwischen den verschiedenen Krankheitsbildern der Anorexia Nervosa unterschieden wurde. Somit wäre vielleicht eine genauere Analyse des psychischen Wohlbefindens möglich. Auch bei adipösen

Menschen wäre eine zusätzliche Unterscheidung von psychogener Hyperphagie sinnvoll. Denn da Adipositas immer noch im Bereich der somatischen Erkrankungen gesehen wird, wäre es sinnvoll, diesbezüglich mehr die psychischen Motive zu ermitteln. Folglich könnte man vorrausichtlich auch besser argumentieren, ob die Risiken für Depression und niedrigen Selbstwert mehr external oder internal vertreten sind.

Zusätzlich könnte man neben der Erhebung der Depression und des Selbstwerts auch die Bewertung des anderen Geschlechts und die Bedeutung zwischenmenschlicher Beziehungen hinzunehmen. Damit könnte man möglicherweise einen besseren Vergleich der depressiven Symptomatik beider Krankheiten herstellen.

Resümierend kann gesagt werden, dass die Studie einige Schwächen aufweist und es sicherlich noch einige Bereiche zur Verbesserung gibt. Dennoch war der Zweck der Studie, den Vergleich beider Krankheiten wieder einmal zurück in das Interesse der Forschung zu holen. Der letzte direkte Vergleich wurde, meines Wissens, von Garner et al. (1976) durchgeführt. Folglich wäre es wichtig das Interesse wieder mehr darauf zu lenken, da die Ergebnisse der Studien solcher Art möglicherweise einen wichtigen Ansatzpunkt zukünftiger Therapien liefern können. Vor allem da auf der einen Seite Adipositas immer mehr zu einer epidemischen Entwicklung tendiert und in einzelnen Nationen schon Kleinkinder stark übergewichtig sind, auf der anderen Seite aber das moderne Schlankheitsideal der westlichen Welt immer dünner und schmaler wird und der damit verbundene Druck vor allem für junge Frauen und Mädchen ins Unermessliche steigt, und somit auch die Bereitschaft alles Ermessliche dafür zu tun.

6 Literaturverzeichnis

- Agthe, M., Spörrle, M., & Försterling, F. (2008). Success attributions and more : multidimensional extensions of the sexual attribution bias to failure attributions , social emotions , and the desire for social interaction. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34. <http://doi.org/10.1177/0146167208324446>
- Aluoja, A., Leinsalu, M., Shilk, J., Vasar, V., & Luuk, K. (2004). Symptoms of depression in the estonian population: Prevalence, sociodemographic correlates and social adjustment. *Journal of Affective Disorders*, 78, 27–35.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders- DSM 5* (5th ed.). Washington: American Psychiatric Association
- Bastiani, A. M., Rao, R., Weltzin, T., & Kaye, W. H. (1995). Perfectionism in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 17(2), 147–152.
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does high self- esteem cause better performance, interpersonal success happiness or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4(1), 1–44.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper & Rowe.
- Blinder, B. J., Cumella, E. J., & Sanathara, V. A. (2006). Psychiatric Comorbidities of Female Inpatients With Eating Disorders. *Psychosomatic Medicine*, 68, 454–462. <http://doi.org/10.1097/01.psy.0000221254.77675.f5>
- Bohon, C., Stice, E., & Spoor, S. (2009). Female Emotional Eaters Show Abnormalities in Consummatory and Anticipatory Food Reward : A Functional Magnetic Resonance Imaging Study. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 210–221. <http://doi.org/10.1002/eat.20615>
- Bookwala, J., & Boyar, J. (2008). Gender, excessive body weight, and psychological well-being in adulthood. *Psychology of Women Quarterly*, 32, 188–195. <http://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2008.00423.x>
- Bortz, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (6th ed.). Heidelberg: Springer.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. New York: Basic Books.
- Brown, J. D., & Dutton, K. A. (1995). The thrill of victory, the complexity of defeat: Self-esteem and poeple'sreactions to sucess and failure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(4), 712–722.
- Brown, J. D., Dutton, K. A., Cook, K. E., Brown, J. D., Dutton, K. A., From, K. E. C.,

- ... Cook, K. E. (2009). From the top down : Self-esteem and self- evaluation, 9(November). <http://doi.org/10.1080/02699930126063>
- Brown, J. D., Marshall, M. A., & Brown, J. D. (2010). The Three Faces of Self-Esteem, (206), 1–6.
- Buddeberg-Fischer, B. (1997). Weibliche Identitätsfindung zwischen Provokation und Weigerung. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 145, 633–638.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Carter, F. A., & Joyce, P. R. (1997). Initial manifestations of disordered eating behavior : Dieting versus bingeing. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 195–201.
- Burns, R. (1982). *Self Concept- Developing and Education*. Dorchester: Dorset Press.
- Button, E. (1990). Self-esteem in girls aged 11–12: Baseline findings from a planned prospective study of vulnerability to eating disorders. *Journal of Adolescence*, 13, 407–413.
- Camacho, T. C., Roberts, R. E., Lazarus, N. B., Kaplan, G. A., & Cohen, R. D. (1991). Physical Activity and Depression : Evidence from the Alameda County Study. *American Journal of Epidemiology*, 134(November), 220–231.
- Carpenter, K. M., Hasin, D. S., Allison, D. B., & Faith, M. S. (2000). Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder , suicide ideation , and suicide attempts : Results from a general population study. *American Journal of Public Health*, 90(2), 251–258.
- Carr, D., Friedman, M. A., & Jaffe, K. (2007). Understanding the relationship between obesity and positive and negative affect: The role of psychosocial mechanisms. *Body Image*, 4, 165–177. <http://doi.org/10.1016/j.bodyim.2007.02.004>
- Cash, T. F., & Iii, E. A. D. (1996). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa : A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22(2), 107–126.
- Comer, R. J. (2008). *Klinische Psychologie* (6th ed.). Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Cooper, P. J., & Fairburn, C. G. (1993). Confusion over the core psychopathology of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 13(4), 385–389.
- Coopersmith. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Fransico: Freeman.
- Crandall, C. S., & Schiffhauer, K. L. (1998). Anti-fat prejudice: Beliefs, values, and american culture. *Obesity Research*, 6(6), 458–460.

- Currin, L., Schmidt, U., & Jick, H. (2005). Time trends in eating disorder incidence. *British Journal of Psychiatry*, 186, 132–135.
- Duncan, A. E., Neuman, R. J., Kramer, J., Kuperman, S., Hesselbrock, V., Reich, T., & Bucholz, K. K. (2005). Are there subgroups of bulimia nervosa based on comorbid psychiatric disorders? *International Journal of Eating Disorders*, 37(1), 19–25. <http://doi.org/10.1002/eat.20066>
- Fairburn, C. G., & Cooper, P. J. (1984). The clinical features of bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 144, 238–246. <http://doi.org/10.1192/bjp.144.3.238>
- Fairburn, C. G., Shafran, R., & Cooper, Z. (1998). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1–13.
- Faith, M. S., Butryn, M., Wadden, T., Fabricatore, A., Nguyen, A. M., & Heymsfield, S. B. (2011). Evidence for prospective associations among depression and obesity in population-based studies. *Obesity Reviews*, 12(501), 438–453. <http://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2010.00843.x>
- Faith, M. S., Butryn, M., Wadden, T., Fabricatore, A., Nguyen, A. M., & Heymsfield, S. B. (2011). Evidence for prospective associations among depression and obesity in population-based studies Evidence for prospective associations among. *Obesity Research*, (November 2015). <http://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2010.00843.x>
- Ferraro, K. F., Su, Y., Gretebeck, R. J., Black, D. R., & Badylak, S. F. (2002). Body Mass Index and Disability in Adulthood : A 20-Year Panel Study. *The American Journal of Psychiatry*, 92(5), 834–840.
- Fichter, M. . (2008). Anorektische und bulimische Essstörungen. *Ernährung*, 2, 148–155. <http://doi.org/10.1007/s12082-008-0167-y>
- Fichter, M. M., Pirke, K.-M., & Holsboer, F. (1986). Weight loss causes neuroendocrine disturbances: Experimental study in healthy starving subjects. *Psychiatry Research*, 17(1), 61–72.
- Field, A. (2013). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (4th ed.). London: Sage.
- Friedman, K. E., Reichmann, S. K., Costanzo, P. R., Musante, G. J., Kelli, E., Reichmann, S. K., ... Musante, G. J. (2002). Body Image Partially Mediates the Relationship between Obesity and Psychological Distress. *Obesity Research*, 10, 33–41.
- Frölich, J., von Gontard, A., Lehmkuhl, G., Pfeiffer, E., & Lehmkuhl, U. (2001). Pericardial effusions in anorexia nervosa. *European Child & Adolescent*

Psychiatry, 57(10), 54–57.

Furnham, A., & Cheng, H. (2000). Lay theories of happiness. *Journal of Happiness Studies*, 1(1988), 227–246.

García-Alba, C. (2004). Anorexia and depression: Depressive comorbidity in anorexic adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 7(1), 40–52.

Garfinkel, P. E., Garner, D. M., Kaplan, A. S., Rodin, G., & Kennedy, S. (1983). thought to be specific to anorexia. *Canadian Medical Association*, 129, 939–945.

Garner, D. (1997). The body image survey results. *Psychology Today*, 30, 75–84.

Garner, D. M., Garfinkel, P. E., Stancer, H. C., & Moldofsky, H. (1976). Body image disturbances in anorexia nervosa and obesity. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 327–336. <http://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00005>

Gavin, A. R., Simon, G. E., & Ludman, E. J. (2010). The association between obesity, depression, and educational attainment in women: The mediating role of body image dissatisfaction. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(6), 573–581. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.05.001>

H. Fonseca, Matos, M. G., Guerra, A., & Pedros, J. G.-. (2010). Child : How much does overweight impact the adolescent developmental process ? *Child Care Health Development*, 135–142. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2010.01136.x>

Haines, J., & Neumark-Sztainer, D. (2006). Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors. *Health Education Research*, 21(6), 770–782. <http://doi.org/10.1093/her/cyl094>

Halmi, K. A., Eckert, E., Marchi, P., Sampugnaro, V., Apple, R., & Cohen, J. (1991). Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *European Psychiatry*, 48(8), 712–718.

Halvorsen, I., & Heyerdahl, S. (2006). Girls with anorexia nervosa as young adults : Personality, self- esteem and life satisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 285–293. <http://doi.org/10.1002/eat>

Harris, M. B., Harris, R. J., & Bochner, S. (1982). Fat, four-eyed, and female: Stereotypes of obesity, glasses and gender. *Journal of Applied Social Psychology*, 12, 503–516.

Harter. (1990). *Causes, correlates, and the functional role of global self-worth: A life span- perspective*.

Harter, S. (1999). The construction of the self. A developmental perspective. *New*

York: Guilford.

- Hautzinger, M., Keller, F., & Kühner, C. (2006). Das Beck Depressionsinventar II (BDI II): Deutsche Bearbeitung und Handbuch zum BDI II. Frankfurt am Main: Harcourt Test Services.
- Hayman, S. E. (2001). *Depression: The Science of Mental Health*. New York: Routledge.
- Hoek, H. W., & Hoeken, D. Van. (2003). Review of the Prevalence and Incidence of Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 383–396. <http://doi.org/10.1002/eat.10222>
- Huneault, L., & Tremblay, A. (2011). Globalization and modernization : an obesogenic combination. *Obesity Reviews*, (3), 64–72. <http://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2010.00817.x>
- Katschnig, H., Ladinser, E., Scherer, M., Sonneck, G., & Wancata, J. (2001). *Österreichischer Psychiatriebericht 2001 Teil 1 Daten zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der österreichischen Bevölkerung* Heinz Katschnig Edwin Ladinser , Michael Scherer , Gernot Sonneck ,.
- Kendler, K. S., Karkowski, L. M., & Prescott, C. (1999). Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 837–841. <http://doi.org/10.1176/ajp.156.6.837>
- Kendler, K. S., Kessler, R. C., Walters, E. E., MacLean, C., Neale, M. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1995). Stressful life events, genetic liability, and onset of an episode of major depression in women. *The American Journal of Psychiatry*, 152, 833–842.
- Kendler, K. S., Kuhn, J. W., & Prescott, C. (2004). Childhood sexual abuse , stressful life events and risk for major depression in women. *Psychological Medicine*, 34(8), 1475–1482.
- Kiefer, I., Kunze, M., & Rieder, A. (2001). Epidemiologie der Adipositas. *Journal Für Ernährungsmedizin*, 3(1), 1–4.
- Killen, J. D., Taylor, B. C., Hayward, C., Haydel, K. F., Wilson, D. M., & Hammer, L. D. (1996). Weight concerns influence the development of eating disorders: A 4-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 936–940.
- Klaczynski, P. A., Goold, K. W., & Mudry, J. J. (2004). Culture , Obesity Stereotypes , Self-Esteem , and the “ Thin Ideal ”: A Social Identity Perspective. *Journal of Youth and Adolescence*, 33(4), 307–317.

- Markowitz, S., Friedman, M. A., & Shawn M. Arent. (2008). Understanding the Relation Between Obesity and Depression : Causal Mechanisms and Implications for. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15, 1–20.
- Mast, M., Langnäse, K., Labitzke, K., Bruse, U., Preuß, U., & Müller, M. J. (2002). Use of BMI as a measure of overweight and obesity in a field study on 5 – 7 year old children. *European Journal of Nutrition*, 41, 61–67.
- Moorhead, D. J., Stashwick, C. K., Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M., Streigel-Moore, R. M., & Paradis, A. D. (2003). Child and adolescent predictors for eating disorders in a community population of young adult women. *International Journal of Eating Disorders*, 33(1), 1–9. <http://doi.org/10.1002/eat.10105>
- 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.
- Paul, T., & Thiel, A. (2005). *EDI-2: Eating Disorder Inventory-2: Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Payk, T. R. (2010). *Psychopathologie*. Heidelberg: Springer.
- Paykel, E. S. (2003). Life events and affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(Suppl.(6), 61–66.
- Pollice, C., Kaye, W. H., Greeno, C. G., & Weltzin, T. E. (1997). Relationship of depression, anxiety, and obsessionality to state of illness in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 21(4), 367–376. [http://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(1997\)21:4<367::AID-EAT10>3.0.CO;2-W](http://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(1997)21:4<367::AID-EAT10>3.0.CO;2-W)
- Puhl, R., Brownell, K. D., & Bias, K. D. B. (2001). Bias , Discrimination , and Obesity. *Obesity Research*, 9(12), 788–805.
- Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2006). Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 14(10), 1802–1815. <http://doi.org/10.1038/oby.2006.208>
- Puhl, R. M., Henderson, K. E., & Brownell, K. D. (2008). *Social consequences of obesity*. (P. G. Kopelman, I. D. Caterson, & W. H. Dietz, Eds.) (2nd ed.). Massasuchetts: Blackwell Publishing.
- Puhl, R. M., & Latner, J. D. (2007). Stigma , Obesity , and the Health of the Nation ' s Children. *Psychological Bulletin*, 133(4), 557–580. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.557>
- Riedel, M., Wickelmaier, F., Adli, M., Bauer, M., Brieger, P., Laux, G., ... Depression,

- M. (2009). Häufigkeit und klinische Charakteristika von atypisch depressiven Symptomen Stationäre Patienten mit Major Depression Material und Methoden, 28, 193–199.
- Rosenberg. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.
- Rucker, C., & TF, C. (1992). Body images, bodx-size perception, and eating behaviours among african-american and white college women. *International Journal of Eating Disorders*, 29(12), 1–9.
- Schütz, A., & Sellin, I. (2006). MSWS: Multidimensionale Selbstwertkala. Göttingen: Hogrefe.
- Steinhausen, H.-C. (2002). Reviews and Overviews The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century. *The American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1284–1293.
- Stevens, G. A., Singh, G. M., Lu, Y., Danaei, G., Lin, J. K., Finucane, M. M., ... Ezzati, M. (2012). National , regional , and global trends in adult overweight and obesity prevalences. *Population Health Metrics*, 10(22), 1–16.
<http://doi.org/10.1186/1478-7954-10-22>
- Stice, E., & Bearman, S. K. (2001). Body- image and eating disturbances prospectively predict increases in depressive symptoms in adolescent girls: A growth curve analysis. *Developmental Psychology*, 37, 597–607.
- Stroebe, W. (2002). Übergewicht als Schicksal? Die kognitive Steuerung des Essverhaltens. *Psychologische Rundschau*, 53, 14–22.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: W.W. Norton.
- Sullivan, P. F. (1995). Mortality in Anorexia. *The American Journal of Psychiatry*, 152, 1073–1074.
- Taylor, S. E., & Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being : A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103(2), 193–210.
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M., & Tantleff-Dunn, S. (1998). *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body disturbance*. Washington: American Psychological Association.
- Thormann, J., Chittka, T., Minkwitz, J., Kluge, M., & Himmerich, H. (2013). Adipositas und Depression: eine Übersicht über die vielschichtigen Zusammenhänge zweier Volkserkrankungen. *Fortschritte Der Neurologie · Psychiatrie*, 81(03), 145–153. <http://doi.org/10.1055/s-0032-1330351>

- Tiggemann, M. (1994). Gender Differences in the Interrelationships Between Weight Dissatisfaction , Restraint, and Self- Esteem. *Sex Roles*, 30, 319–330.
- Troop, N. A., Holbrey, A. M., Trwoler, R., & Treasure, J. (1994). Ways of Coping in Women with Eating Disorders. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 182(10), 535–540.
- Van Son, G. E., Van Hoeken, D., Bartelds, A. I. M., Van Furth, E. F., & Hoek, H. W. (2006). Time trends in the incidence of eating disorders: Aprimary care study in the Netherlands. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 565–569.
- Vitousek, K. B., & Hollon, S. D. (1990). The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 14(2), 191–214.
- Weaver, A. D., & Byers, E. S. (2006). The relationships among body image, body mass index, exercise, and sexual functioning in heterosexual women. *Psychology of Women Quarterly*, 30(2006), 333–339.
- Wilsdon, A., & Wade, T. D. (2006). Executive functioning in anorexia nervosa : Exploration of the role of obsessionality , depression and starvation. *Journal of Psychiatry Research*, 40, 746–754.
<http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2005.10.006>
- Wirth, A., & Hauner, H. (2013). *Adipositas: Ätiologie, Folgeerkrankungen, Diagnostik, Therapie*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Wirth, A., Wabitsch, M., & Hauner, H. (2014). Prävention und Therapie der Adipositas. *Deutsches Ärzteblatt*, 111(42).
<http://doi.org/10.3238/arztebl.2014.0705>
- Wittchen, H., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe — a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 357–376.
<http://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.012>
- Wittchen, H., Zaudig, M., & Fydrich, T. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID)*. Göttingen: Hogrefe.
- World Health Organization. (2000). Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Geneva: WHO. Geneva.
- World Health Organization. (2008). ICD-10: International statistical classifications of diseases and related health problems. New York.
- Zeigler- Hill, V., & Abraham, J. (2006). Borderline Personality Features : Instability of Self- Esteem and Affect. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(6), 668–

687.

7 Anhang 1: Curriculum Vitae

CURRICULUM VITAE



Persönliche Daten:

Name: Stephanie Tober
Geboren: 23.01.1991 in Wien
Vater: Rainer Tober, Beamter
Mutter: Mag. Monika Tober, Angestellte
Staatsangehörigkeit: Österreich
E-Mail: stephanie.tober@hotmail.com

Ausbildung:

seit Okt. 2009: Universität Wien, Studium der Psychologie
(Selektion durch Auswahlprüfungsverfahren); Abschluss des 1. Abschnitts des Studiums der Psychologie: SS 2011
Juni 2009: Matura
2001-2009: BG/BRG Perchtoldsdorf (neusprachlicher Zweig; Schwerpunkt Englisch)
1997-2001: Volksschule St. Christiana

Praktika:

April- Juli 2015: psychologisches Pflichtpraktikum im Ausmaß von 250 Stunden inklusive 15 Stunden Gruppensupervision im Anton- Proksch- Institut (Station für Abhängige von illegalen Substanzen)
Oktober 2012: 4- Wöchiges Praktikum im Bundesministerium für Finanzen (Schwerpunkt: Steuerpsychologie)

Besondere Stärken:

Kontaktfreudig, engagiert, flexibel, teamfähig, belastbar, offen für Neues, gute Ausdrucksfähigkeit, sicher im Umgang mit SPSS, sehr gute Englischkenntnisse, gute Französischkenntnisse

8 Anhang 2: Eigenständigkeitserklärung

Ich versichere hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen als die im Literaturverzeichnis angegebenen Quellen benutzt habe.

Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder noch nicht veröffentlichten Quellen entnommen sind, sind als solche kenntlich gemacht.

Die Zeichnungen oder Abbildungen in dieser Arbeit sind von mir selbst erstellt worden oder mit einem entsprechenden Quellennachweis versehen. Sollte dennoch eine Urheberrechtsverletzung bekannt werden, ersuch ich um Meldung bei mir.

Wien, Jänner 2016

Stephanie Tober