



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Arbeit

Die Wirkung von Werbebildern auf Frauen mit und
ohne Essstörungen

Verfasserin

Natalie Maxa

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im März 2011

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: Univ. Prof. Dr. Peter Vitouch

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Herrn Uni.-Prof Dr. Peter Vitouch und seinen Mitarbeitern für die tatkräftige Unterstützung und Betreuung während der Durchführung meiner Diplomarbeit, sowie für vielfältige Hinweise, Anregungen und Kritik.

An dieser Stelle möchte ich mich auch bei allen Teilnehmern meiner Online-Studie bedanken, ohne die die Fertigstellung dieser Diplomarbeit nicht möglich gewesen wäre.

Des weiteren danke ich vor allem ich meinen geliebten Eltern, Hans und Gallit Maxa, die immer an mich glauben und mich stets über viele Jahre hindurch unterstützen. Ich bin dankbar für ihren Zuspruch und ihre Liebe, welche all meine Vorhaben begleiten. Ohne sie wäre mir ein Studium und somit die Verwirklichung meiner Träume und Wünsche nicht möglich gewesen.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	6
2. Theoretischer Teil.....	11
<i>2.1. Essstörungen.....</i>	<i>11</i>
2.1.1. Definition von Essstörungen	11
2.1.2. Diagnosekriterien	14
2.1.2.1. Magersucht bzw. Anorexia nervosa	14
2.1.2.2. Ess-Brehsucht bzw. Bulimia Nervosa.....	18
2.1.2.3. Nicht näher bezeichnete Essstörungen bzw. atypische Anorexia nervosa und atypische Bulimia nervosa	23
2.1.2.4. Binge Eating Disorder.....	24
2.1.3. Entstehung, Auslöser und Ursachen	25
2.1.3.1. Auslöser- Das Körperbild.....	29
2.1.3.2. Auslöser- Schönheitsideale und Vorbilder.....	32
2.1.3.3. Schönheit im Wandel der Zeit.....	34
2.1.4. Risikofaktoren & Folgen.....	38
2.1.4.1. Risikofaktoren	38
2.1.4.2. Folgen	39
<i>2.2. Medien, Werbung und Essstörungen.....</i>	<i>42</i>
2.2.1. Medien.....	42
2.2.1.1. Medienwirkungsforschung	45
2.2.1.2. Theorien	47
2.2.1.3. Wirkungsphänomene	47
2.2.2. Werbung.....	49
2.2.3. Lerntheorien	51
2.2.4. Der Zusammenhang von Medien, Werbung & Essstörungen.....	54
<i>2.3. Zusammenfassung der Theorie und Überleitung zur Empirie.</i>	<i>56</i>
3. Empirischer Teil	59
<i>3.1. Forschungsfragen und Hypothesen.....</i>	<i>59</i>

3.1.1. Erkenntnisinteresse	59
3.1.2. Forschungsfragen	60
3.1.3. Hypothesen.....	62
3.2. Methode.....	63
3.2.1. Untersuchungsdesign	63
3.2.2. Statistische Vorgehensweise & Auswertungsmethoden	63
3.2.3. Erhebungsmethode: Online-Fragebogen.....	65
3.2.3.1. Grundlagen zum Fragebogen	65
3.2.3.2. Teil 1: Erfassung der soziodemographischen Daten.....	66
3.2.3.3. Teil 2: Einstellungen zum Essen und Essverhalten	67
3.2.3.4. Teil 3: Fragen zur Körperwahrnehmung	68
3.2.3.5. Teil 4: Fragen zur Beurteilung von Werbebildern und deren Produkte	70
3.2.3. Akquise der Testpersonen	71
3.2.4. Ausfüllverhalten und Stichprobenbeschreibung	72
3.2.4.1. Stichprobenbeschreibung.....	73
3.3. Ergebnisse:.....	79
3.3.1. Sozidemographische Daten von Frauen mit und ohne Essstörungen	79
3.3.1.1. Essstörungen und Alter:	79
3.3.1.2. Essstörungen und BMI	80
3.3.1.3. Essstörungen und Ausbildung	81
3.3.1.4. Essstörungen und Konfession.....	82
3.3.1.5. Essstörungen und Familienstand:.....	84
3.3.1.6. Essstörungen und Kinder haben:	84
3.3.2. Die Einstellung zum Essverhalten	85
3.3.3. Die Körperwahrnehmung in Bezug zu Werbebildern und Modelfotos .	86
3.3.4. Die Beurteilung von Werbebildern	89
3.4. Diskussion der Ergebnisse und Ausblick	94
3.4.1. Diskussion der Ergebnisse	94
3.4.2. Ausblick	99
4. Zusammenfassung	102

5. Quellenverzeichnis.....	104
6. Anhang	108
<i>6.1. Tabellenverzeichnis</i>	<i>108</i>
<i>6.2. Abbildungsverzeichnis</i>	<i>108</i>
<i>6.3. Fragebogen.....</i>	<i>110</i>
6.3.1. Quellenverzeichnis des Fragebogens	116
6.3.1.2. Bildernachweis zur Körperwahrnehmung:	116
6.3.1.2. Werbesujets	117
<i>6.4. Curriculum Vitae.....</i>	<i>118</i>

1. Einleitung

Schönheitsideale im Wandel der Zeit, an jeder Straßenecke lächeln schlanke und gutaussiehende Models von Plakaten und vermitteln uns ein Idealbild. Zeitschriften informieren zu jeder Jahres- & Feiertagszeit über passende Diäten, Artikel berichten, dass schlanke Menschen erfolgreicher im Beruf und Privatleben sind und dass sie gesünder leben. Der schlanke Körper soll Jugend, Schönheit und Gesundheit vermitteln.

Baeck (2007) vermittelt einen Eindruck dieser Situation:

Es gibt kaum eine Frau, die auf ganz natürliche Weise mit dem Essen umgehen kann, die keine Waage, keine Diät kennt und isst, worauf sie Appetit hat. Attraktivität steht heutzutage nicht nur für Erfolg und Wohlstand, sondern ist auch für das seelische Gleichgewicht und Wohlbefinden verantwortlich. Schönheit erhöht den Status und die Einflussmöglichkeiten, besonders von Frauen. (S. 21)

Die Schönheitsvorbilder bezüglich des menschlichen Körpers haben sich in der Zeit laufend verändert. Das aktuelle Ideal eines schlanken und sportlichen Körpers ist im 20. Jahrhundert zu einer allgemein akzeptierten Norm geworden. Mittlerweile ist der gesamte Körper ins Zentrum der Betrachtung gerückt, während früher vorwiegend die einzelnen Bereiche, wie Oberkörper, Taille oder Becken einer Bewertung unterlagen (Stahr, 1995).

Im Rahmen meines Psychologiestudiums hatte ich die Möglichkeit, ein Praktikum bei „SoWhat“, einem Institut für Menschen mit Essstörungen, zu absolvieren. Insofern konnte ich durch direkten Kontakt mit Fachleuten und Betroffenen genauer erfahren, was hinter diesen Krankheiten steckt (Lebensgeschichte, Auslöser, Behandlungsmöglichkeiten, etc.). Somit hatte ich die Gelegenheit, viel Zeit mit der Thematik „Essstörungen“ zu verbringen und mit Menschen, die von einer oder mehreren Essstörungen betroffen waren, zusammen zu arbeiten. Während dieses Praktikums haben sich für mich Auffälligkeiten im Verhalten bei

Frauen mit Essstörungen gezeigt, deren Ursachen ich in der vorliegenden Studie herausarbeiten will. Der Anteilswert von Frauen mit Essstörungen hat in den letzten Jahrzehnten dramatisch zugenommen (Buchholz, 2001). Dies kann unter anderem an den Medien liegen, welche immer präsenter werden und Schönheitsformen vorgeben. Die Botschaft, dass schlanke Menschen Attraktivität und Leistungsfähigkeit ausstrahlen, begegnet uns täglich in den Medien.

Individuelle und familiäre Faktoren spielen eine bedeutsame Rolle, soziokulturelle Einflüsse, wie etwa ein vorgegebenes Schlankeitsideal, können für die Anorexie nach neuesten Erkenntnissen weniger wichtig sein, jedoch für das Auftreten der Bulimie, welche an Häufigkeit zugenommen hat (Gerlinghoff, 2000).

Buddeberg-Fischer (2000) stellt Aspekte dieser Problematik von Essstörungen bei Frauen, wie folgt, dar:

Essstörungen gehören in den westlichen Ländern zu den häufigsten psychosomatischen Erkrankungen von weiblichen Jugendlichen und jungen Frauen. Als Ursachen für die Zunahme dieser Störungen spielen vermutlich mehrere Faktoren eine Rolle. Neben biologischen und psychologischen Aspekten kommt dem Wandel der Stellung der Frau in Gesellschaft, Beruf und Familie eine besondere Bedeutung zu. Hungern im Überfluss oder Fressen bis zum Erbrechen können nur in Wohlstandsgesellschaften als Ausdruck individueller und interpersoneller Probleme entstehen und als Symbol eines Protests gegenüber gesellschaftlichen Bedingungen verstanden werden. (S. 4)

Sogar bekannte Persönlichkeiten (Medienstars, Sportler, etc.) lassen sich von der Erwartungshaltung der Gesellschaft stark beeinflussen und bekennen sich als Betroffene von Essstörungen. Während die in den Medien dargestellten Idealbilder immer schlanker und dünner werden, hat das Durchschnittsgewicht der Bevölkerung zugenommen. Jedes dritte Mädchen zwischen 11 und 20 Jahren ist „auf Diät“. Einige hunderte Diäten sind weltweit auf dem Markt und jede von

ihnen kann auch Ausgangspunkt einer Essstörung sein. Die Beschäftigung mit dem Thema Essstörungen wirft die Frage auf, was am Essverhalten der Betroffenen auffällig ist: Das Verhalten, das Gewicht oder das Körperempfinden? Interessant ist gleichzeitig, dass es sich für die Betroffenen nicht um Informationsdefizite handelt, was gesunde Ernährung anbelangt. Im Gegenteil, gerade diese Personengruppe verfügt im Allgemeinen über ein außerordentlich gutes und genaues Wissen darüber, was gesund ist und was „verbotene“ Nahrungsmittel sind. Diese Informationen schützen aber nicht davor, ungesund zu essen.

Gerlinghoff (2000) formuliert:

Die Hilfen, die es dazu gibt, sind überwältigend. Ob mit dem Prädikat „light“, „fettarm“, „mager“ oder „du darfst“ versehen, gibt es nahezu alles, was an Speisen oder Getränken vorstellbar ist. Aufdrucke in Kalorien oder Joule erleichtern dem modernen Menschen das Leben nach der Tabelle. Es ist davon auszugehen, dass nicht wenige Menschen sich immer wieder von Neuem darum bemühen, dem ersehnten Ziel des Fitness- und Schönheitsideals wenigstens ein klein bisschen näher zu kommen. An diese Menschen richtet sich das immense Angebot an Diätvorschriften und Schlankheitskuren. Versprochen wird viel, aber die Erfolge sind – vor allem auf Dauer gesehen – mehr als spärlich. (S. 12)

In der folgenden Arbeit wird auf die verschiedenen Formen von Essstörungen bei Frauen eingegangen und es werden Wahrnehmungen, Einflüsse sowie Verhaltensauffälligkeiten untersucht. Es wird ein Vergleich zwischen Frauen mit und ohne Essstörungen dargestellt und versucht, Gemeinsamkeiten und Unterschiede herauszuarbeiten. Die zentrale Frage ist, ob Menschen die für Essstörungen empfänglich sind, ebenso sensitiv für mediale Schlankheitsidealbilder und den Schönheitskult sind. Wie ist die Körperwahrnehmung und Körperbeurteilung bei Frauen mit und ohne Essstörung? Welche Rolle spielen die Medien in Bezug auf die Wahrnehmung, auf das Kaufverhalten und den Schlankheitskult?

Die Arbeit gliedert sich in einen theoretischen und einen methodischen Teil. Der erste Teil des Theoriekapitels der vorliegenden Arbeit bezieht sich auf die allgemeinen Kernsymptome der verschiedenen Essstörungen. Die unterschiedlichen Diagnosekriterien sowie die Folgeerscheinungen und Risiken werden in diesem Kapitel dargestellt, zum Beispiel, wie eine Essstörung diagnostiziert wird und welche Folgen dies haben kann. Es soll auch beschrieben werden, unter welchen Umständen die Betroffenen mit ihrer Essstörung leben. Die Frage ist auch, wie das Körperbild entsteht und welche Bedeutung Diäten in der heutigen Zeit aufweisen. Es ist von Interesse, welche Ursachen und Auslöser bei der Entstehung einer Essstörung eine Rolle spielen.

Im zweiten Teil der theoretischen Arbeit wird die Präsenz der Medien, im besonderen Hinblick auf Werbesujets, bei den zu vergleichenden Gruppen (Frauen *mit* und *ohne* Essstörungen) beleuchtet. Die Zusammenhänge zwischen Essstörungen und der erhöhten Empfänglichkeit von Idealbildern und Nahrungsmitteln sollen dargestellt werden. Hierbei ist von Interesse, mit wem sich Frauen vergleichen, etwa mit Models, die auf diversen Werbeplakaten abgebildet sind oder mit Frauen aus dem eigenen sozialen Umfeld. Beeinflussen Werbebilder und die dargestellten Ideale das Kaufverhalten? Lerntheorien sollen zum Verständnis der Motivations-, Entscheidungs- und Meinungsbildung beitragen.

Im methodischen Teil der Arbeit werden die Forschungsfragen und die daraus abgeleiteten Hypothesen im Rahmen des Untersuchungsmodells vorgestellt, sowie die statistische Auswertung dargelegt.

Die vorliegende Studie widmet sich dem Zusammenhang von Essstörungen und dem Einfluss von Werbung auf Frauen mit und ohne Essstörungen. Dies soll anhand einer definierten Stichprobe von Frauen im Alter von 15 bis 60 Jahren mit und ohne Essstörung mittels eines selbst konstruierten Online-Fragebogens untersucht und dargestellt werden. Insbesondere wird die Frage aufgeworfen, in wieweit Essstörungen mit der jeweiligen Wahrnehmung von Werbung korreliert.

Hierbei interessiert die Rolle des sozialen Umfelds und der Vergleich des eigenen Körpers mit dem anderer Frauen.

Anschließend werden die Ergebnisse aus der empirischen Untersuchung beschrieben und schließlich mit den aktuellen Erkenntnissen aus der Literatur vergleichend diskutiert.

2. Theoretischer Teil

2.1. Essstörungen

Das folgende Kapitel behandelt Definitionen und Diagnosen von Essstörungen sowie deren Entstehung, Auslöser und Ursachen. Weiters werden Folgen und Risiken besprochen.

2.1.1. Definition von Essstörungen

Essstörungen werden durch schwere Störungen des Essverhaltens beschrieben (Zitt, 2008). Essstörungen zählen zu psychischen Krankheiten, dessen kennzeichnende Symptome in den „International Classification of Diseases“ (ICD) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und dem „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM) der amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft festgelegt sind. Die überwiegende Mehrzahl aller Essgestörten sind weiblich und stammen im Allgemeinen aus oberen sozialen Schichten der westlichen Industriegesellschaft. Das Entstehungsalter liegt bei etwa 12 Jahren, also zumeist in der Pubertät, wobei sich dieses Alter immer weiter nach unten verschiebt. Die Betroffenen sind überwiegend junge Frauen und Mädchen in hochzivilisierten Ländern (Buchholz, 2001).

Essstörungen werden der Gruppe der psychosomatischen Erkrankungen zugeteilt. Der Höhepunkt der Erstmanifestation liegt in der Adoleszenz. Teile dieser Störung treten bereits präpubertär auf, vereinzelt entwickeln sich Essstörungen erst im Erwachsenenalter. Sehr häufig sind Frauen von dieser Erkrankung betroffen, das Geschlechterverhältnis zwischen weiblichen und männlichen Jugendlichen beträgt ca. 10:1 (Buddeberg-Fischer 2000).

Im speziellen handelt es sich bei den Essstörungen nicht um eine Ernährungsstörung, sondern die Nahrungsaufnahme wird als Mittel für andere Zwecke eingesetzt, die mit der Nahrungsaufnahme im eigentlichen Sinn nichts zu

tun hat. Diese psychische Krankheit beruht auf Problemen mit der eigenen Identität, mit dem Selbstwert, dem eigenen Selbstvertrauen und sozialen Beziehungen. Die Wahrnehmung des eigenen Körpers ist verzerrt und das Selbstwertgefühl wird vom Gewicht und der Figur abgeleitet. Extreme Angst vor Gewichtszunahme ist ständiger Begleiter der Betroffenen. Essstörungen sind das Sichtbarwerden einer schweren inneren Not. Die Beschäftigung mit dem Essen hat für die Betroffenen vielerlei Funktionen. Sie erfüllt Sehnsüchte, Wünsche und Bedürfnisse. Sie kompensiert Unsicherheiten, Ängste und Defizite und stellt eine Art der Lebensbewältigung dar. Das tägliche Hungern bedeutet für sie einen Lebensinhalt haben, ein täglicher sichtbarer Beweis von Leistung, Stärke und Macht über den eigenen Körper, aber auch über ihre Umwelt.

Beispielsweise zeigen die Aufzeichnungen eines 16jährigen Mädchens, wie sie mit der Situation umgeht (Gerlinghoff, 2006):

„Wir steigen in die S-Bahn ein. Hektisch blicke ich mich um, wie ich mich hinstellen muss, damit möglichst wenige meine Beine und meinen Po sehen. Ich lausche den Gesprächen. Ich habe Angst, wahnsinnige Angst, dass sie alle über mich reden, mich zu dick finden. Meinen Bauch knurren hören. Erkennen, wie schwach ich bin.“ (S. 61)

Der eigene Körper ist leichter kontrollierbar als soziale Beziehungen. Essen kann Trost und Wärme spenden, die Verweigerung von Nahrung kann das Gefühl von persönlicher Stärke und Willenskraft hervorrufen, die Vorstellung außergewöhnlich zu sein und zu einer „Elite“ zu gehören. Andererseits sind Essstörungen eine Entschuldigung für Schwäche, ein Hinweis auf ersehnte Zuwendung .

Gerlinghoff (2006) beschreibt Essstörungen als hartnäckige Krankheiten mit Neigung zu Rückfällen und chronischem Verlauf. (S. 23)

Ebenso wie definierte Diagnosemerkmale benötigt man laut Gerlinghoff (2000) ein international akzeptiertes Messsystem, wenn es um die Begriffsbestimmung von Übergewicht, Untergewicht oder Normalbereiche geht. (S. 21)

Der Body Mass Index (BMI) wurde vom belgischen Mathematiker Adolphe Quetelet (1796-1874) entwickelt und als Quotient aus den beiden rationalskalierten Variablen Körpergewicht in kg und Körpergröße in m² beschrieben. Seit den 1980 Jahren wird dieser Koeffizient auch von der Weltgesundheitsorganisation WHO verwendet und empfohlen (siehe Tabelle 1). Alter und Geschlecht sind entscheidend bei der Interpretation des BMI. Männer haben in der Regel einen höheren Anteil von Muskelmasse an der Gesamtkörpermasse als Frauen. Neben dem BMI existieren auch weitere Indizes, z.B. der Broca-Index. Für die Beurteilung eines Untergewichtes wird gelegentlich auch dieser Index verwendet, etwa bei Magersucht und wurde von Paul Broca Ende des 19. Jahrhunderts entwickelt. Er kam früher zur Beschreibung des „Normalgewichtes“ einer Person zum Einsatz, während heute vorwiegend der BMI Verwendung findet.

Der BMI spielt bei der Bestimmung der Essstörung eine wichtige Rolle, er lässt sich mit folgender Formel berechnen (Gerlinghoff, 2006):

$$\text{BMI} = \text{Körpergewicht (kg)} / \text{Körpergröße (m)}^2$$

Tabelle 1: Die Klassifikation des Körpergewichts nach BMI für Erwachsene (nach WHO):

≥ 40	extreme Adipositas Grad III (morbide Adipositas)
35-39,9	Adipositas Grad II
30-34,9	Adipositas Grad I
25-29,9	Präadipositas
> 25	Übergewicht
18,5-24,9	normaler Gewichtsbereich
18,4-17,6	Untergewicht
≤ 17,5	Gewichtskriterium für Anorexia nervosa

Essstörungen können durch die Entstehung von Konflikten auf verschiedenen Ebenen (Werte, Ideale, Sympathie, Identität, Loyalität) gefördert werden. Besteht bezüglich der eigenen Grenzen und Kontrolle eine Unsicherheit, so kann Essen bzw. das Nicht-Essen ein Mittel werden, diese zu sichern. Es muss nicht so sein, dass Grenzüberschreitungen oder Einschränkungen das Essverhalten bestimmen; Abwehrmechanismen der Verschiebung spielen eine zentrale Rolle. Diese Konflikte werden möglicherweise auf das Essenverhalten verschoben, weil sie hier einfacher zum Ausdruck gebracht werden können als im zu Grunde liegenden Konfliktbereich. Oftmals werden sie dort gar nicht bemerkt, sondern manifestieren sich zunächst im Essen (Reich, 2003).

Man unterscheidet folgende Essstörungen, auf welche im Anschluss näher eingegangen wird:

- Magersucht (*Anorexia Nervosa* oder Anorexie)
- Ess-Brech-Sucht (*Bulimia Nervosa* oder Bulimie)
- Ess-Sucht (*Binge-Eating-Disorder*)
- *Nicht-näher-bezeichnete-Esstörung* (NNB) (Zitt, 2008)

2.1.2. Diagnosekriterien

Im Folgenden werden die Diagnosekriterien der *Anorexie*, *Bulimie*, *Binge-Eating-Disorder* und *nicht näher bezeichnete Essstörungen* beschrieben.

2.1.2.1. Magersucht bzw. *Anorexia nervosa*

Die Namensgebung „*Anorexia nervosa*“ hat sich seit ihrer Einführung durch Sir William Gull im Jahre 1874 in der medizinischen und wissenschaftlichen Literatur gefestigt (Gerlinghoff, 1995). Anorexie ist bekannt unter dem Begriff der „Magersucht“ und bedeutet „Appetitlosigkeit“. Sie gehört zu der am längsten bekannten und am besten untersuchten Essstörung. Es kommt zu einer bewussten Verneinung von Appetit und Hunger, obwohl diese vorhanden sind und wahrgenommen werden (Buchholz, 2001). Zum einen handelt es sich um die

bewusste Unterdrückung des Appetits oder des Hungergefühls, zum anderen kann es durch das tiefverwurzelte Verlangen, mager zu sein, zu einem gestörten Essverhalten kommen (Vandereycken, 1990).

Mädchen und junge Frauen sind die am häufigsten von dieser Essstörung Betroffenen. Sie haben Angst davor, dick zu werden und versuchen ihr Körpergewicht unter der altersentsprechenden Norm halten; mit dieser Form der Essstörung spielt Unterernährung unterschiedlicher Schweregrade eine wichtige Rolle. Durch hohen Gewichtsverlust und Mangelernährung kann es zu einer Reihe biologischer Veränderungen kommen. In Folge sind gesundheitliche Schäden und in schwereren Fällen auch tödlichen Auswirkungen möglich (Zitt, 2008). Die Betroffenen versuchen hochkalorische Speisen zu vermeiden und ihre Nahrungsaufnahme beschränkt sich mit der Zeit auf bestimmte Lebensmittel. Es kann zu einer vegetarischen Ernährung kommen und die sich selbst erlaubte Nahrungsmenge wird immer mehr kleiner gehalten, die Nahrung auf ein Minimum reduziert, doch die Betroffenen beschäftigen sich aber trotzdem ständig mit Nahrung. Dieses Ungleichgewicht führt zu so genannten „Essensritualen“.

Die 25-jährige Charlotte beschreibt sehr gut die Wichtigkeit der Rituale (Gerlinghoff, 2006):

„Wenn ich mich im Spiegel anschau, blicke ich in ein sehr unzufriedenes, sehr müdes und fahles Gesicht. Egal. Ich mache mich auf den Weg. Das tägliche Ritual des Einkaufens ist in meinem Tagesablauf nicht mehr wegzudenken.“ (S. 64)

Menschen, die an Anorexie leiden, empfinden die Nahrungsaufnahme und das Essen als ein Versagen, denn ihr Ziel ist es immer dünner zu werden. Das spiegelt sich nicht nur in ihrem Körper wieder, sondern zeigt sich auch in der Psyche. Es wird das Phänomen beschrieben, dass sich die Betroffenen trotz Untergewicht zu dick fühlen und sich auch so sehen. Daraus ergibt sich das Hauptmerkmal der Magersucht, welches der starke Gewichtsverlust ist. Der drastische Gewichtsverlust reicht bis zur massiven Kachexie und es besteht die Gefahr von

akut lebensbedrohlichen Folgen. Bei Magersüchtigen ist eine Gewichtsabnahme von 20 Prozent innerhalb von drei bis vier Monaten nicht selten. Es kann sich eine verzerrte Körperwahrnehmung im Verlauf des Gewichtsverlustes entwickeln und diese macht es den unter Anorexie leidenden nicht möglich sich selbst realistisch wahrzunehmen. Die Betroffenen kontrollieren ihr Gewicht mehrmals am Tag und haben panische Angst vor einer Gewichtszunahme (Baeck, 2007).

Psychodynamische Merkmale der Anorexie können sich durch depressive Symptome, wie sozialer Rückzug, depressive Stimmungen, Schlaflosigkeit oder sexuelles Desinteresse entwickeln. Ebenso können sich Anzeichen von Zwangsverhalten auf Nahrung, Gewicht und Figur beziehen (Buchholz, 2001).

Das Alter der an Anorexie leidenden liegt zwischen 12 bis 25 Jahren und betrifft überwiegend Mädchen und junge Frauen. Die psychosomatische Störung manifestiert sich am häufigsten um das 14. Lebensjahr, kann jedoch auch vor Beginn der Pubertät einsetzen (Gerlinghoff, 2006).

Ein typisches Charakteristikum magersüchtiger Personen sind ihre körperlichen Aktivitäten bis zur vollständigen Erschöpfung mit denen die Betroffenen die Energieverbrennung zum Zweck der Gewichtsreduktion begünstigen wollen. Kennzeichnend für Frauen mit Anorexie sind die häufig anzutreffende Unempfindlichkeit gegenüber Kälte oder sich selbst zugefügte Verletzungen (Laessle, 1990).

Buchholz beschreibt das Verhalten von Magersüchtigen mit seinen Worten folgendermaßen (Buchholz, 2001):

Die absolute Kontrolle über den Körper und seine Bedürfnisse zu haben, ist für die Anorektikerin ein wesentlicher Faktor zur Aufrechterhaltung eines einigermaßen lebbaren Selbst. Das lässt den Schluß zu, dass das Symptombverhalten (oftmals als einziges) als selbstbestimmtes und unabhängiges Verhalten erlebt wird; dazu rechne ich auch die übermäßige

körperliche Aktivität, die meist einen fanatischen und selbstquälerischen Charakter hat. (S. 31)

Der Umgang mit den Betroffenen wird durch ihre fehlende Krankheitseinsicht schwierig. Das Abstreiten der Magersüchtigen bezüglich ihrer Probleme ist typisch und macht den Umgang ebenso schwer. Sie ziehen sich sozial zurück, es kann zu depressiven Verstimmungen bis hin zu einer schweren Depression kommen. Anorektiker sind in ihrem Gefühlserleben starr und wirken emotionslos. Ihr Interesse an Sexualität oder an Genuss kann gänzlich verschwinden, dadurch kann es zu einem Stillstand des Reifungsprozesses in der Phase der Pubertät kommen. In dieser wichtigen Lebensphase werden Lebensbewältigungsstrategien entwickelt und erprobt, doch diese fehlen den Magersüchtigen in ihrer Persönlichkeitsentwicklung (Baeck, 2007).

Die wichtigsten Diagnosekriterien der Magersucht laut ICD-10 und DSM-IV werden im Folgenden genauer dargestellt (Gerlinghoff, 2006):

Tabelle 2: Diagnosekriterien der Magersucht (Gerlinghoff, 2006, S. 13f.)

ICD-10	DSM-IV
F50.0 Anorexia nervosa	307.1 Anorexia nervosa
• Körpergewicht mindestens 15% unter dem erwarteten Gewicht (entweder durch Gewichtsverlust oder nie erreichtes Gewicht oder BMI von 17,5 oder weniger);	• Weigerung, das Körpergewicht über einem Alter und Größe entsprechenden minimalen Normalgewicht zu halten; Gewicht mindestens 15% unter dem zu erwartenden Gewicht;
• der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch: - Vermeidung hochkalorischer Speisen und/oder - Selber induziertes	• Gewicht und Figur werden verzerrt wahrgenommen, unangemessener Einfluss des Gewichtes oder der Figur auf die Selbstbewertung oder Verleugnung der Ernsthaftigkeit des

Erbrechen, - Selbst induziertes Abführen, - Übertriebene körperliche Aktivitäten, - Gebrauch von Appetitzüglern oder Diuretika;	aktuell niedrigen Körpergewichts;
• Körperschemastörung in Form einer spezifischen psychischen Störung; die Angst, zu dick zu werden, besteht aus einer tief verwurzelt überwiegenden Idee;	• intensive Angst, zuzunehmen oder dick zu werden, obwohl untergewichtig;
• endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse; bei Frauen Amenorrhoe, bei Männern Libido- und Potenzverlust; erhöhte Wachstums- und Kortisolspiegel, ggf. Änderungen des peripheren Metabolismus von Schilddrüsenhormonen und Störung der Insulinsekretion	• Ausbleiben von mindestens drei aufeinander folgenden Menstruationszyklen.
• bei Beginn vor der Pubertät Verzögerung oder Hemmung der pubertären Entwicklungsschritte.	
Spezifizierung: F50.00 Anorexie ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsabnahme F50.01 Anorexie mit aktiven Maßnahmen zur Gewichtsabnahme	Spezifizierung des Typus: <u>Restriktiver Typ:</u> keine regelmäßigen Heißhungeranfälle oder kompensatorische Maßnahmen zur Gewichtsregulierung. <u>Bulimischer Typ:</u> regelmäßige Heiß-

F50.1 Atypische Anorexia nervosa Bei ansonsten typischem klinischen Bild fehlen ein oder mehrere Kernmerkmale der Anorexie, z.B. Amenorrhoe oder signifikanter Gewichtsverlust.	hungeranfälle oder kompensatorische Maßnahmen zur Gewichtsregulierung.
---	--

2.1.2.2. Ess-Brehsucht bzw. Bulimia Nervosa

Die Bulimie kann durch das Verschlingen großer Nahrungsmengen, welche meist durch selbstinduziertes Erbrechen beendet wird, beschrieben werden. Meist können die Betroffenen den Heißhungeranfällen nicht widerstehen, deshalb wird heimlich und ohne Genuss gegessen. Bulemikerinnen empfinden es als verboten, große Nahrungsmengen in sich hineinzuschaufeln, welche vor allem kalorienreich und nahrhaft sind. Nach diesen häufig auftretenden Fressanfällen werden Maßnahmen zur Verhinderung einer Gewichtszunahme eingesetzt wie zum Beispiel körperliche Aktivität oder Perioden des Fastens. Teilweise werden aber auch Laxantien oder Diuretika in überhöhter Dosis eingenommen. Durch das viele Essen und die eingesetzten Gegenmaßnahmen, liegt das Körpergewicht bei den Betroffenen meist im Durchschnittsbereich. Diffuse Anspannungen, welche durch Einsamkeit oder eine innere Leere ausgelöst werden, können Essanfällen hervorrufen. Es folgt ein lustvoller Essanfall, währenddessen sich Frauen mit Bulimie langsam wütend und unglücklich fühlen und mit Selbsthass erfüllt sind. Ab diesem Zeitpunkt wird aus Behagen Unbehagen, die weitere Nahrungsaufnahme erfolgt ohne jeden Genuss und wird verschlungen, die Kontrolle geht völlig verloren (Buchholz, 2001).

Die 18jährige Sarah beschreibt sehr anschaulich, wie sie sich mit ihrer Krankheit fühlt (Gerlinghoff, 2006):

„Eine Freundin frage: Was willst du, mal wieder nichts? Das ist der Satz, der mich verleitet zu essen, ich nehme eine Nussschnecke und einen Latte macchiato! Die eine Stimme in meinem Kopf sagt, super, endlich was Leckeres zu essen, die andere sagt, du hast wieder mal versagt, du bist so schwach, du wirst nie dünn werden. Ich beruhige die negative Stimme, indem ich mir vorhalte, dass ich ja kein Frühstück hatte und dass ich mich danach besser konzentrieren könnte und heute Mittag wird eh alles besser und notfalls könnte ich ja in ein paar Minuten auf der Schultoilette mein Frühstück erbrechen, eigentlich ist das ja die Lösung, dann kann ich ja auch noch eine Schokolade kaufen und vielleicht noch eine Butterbrezel, wenn ich schon erbreche, dann soll es sich lohnen“. (S. 81-82)

Die Betroffenen suchen übertrieben nach Anerkennung von Anderen, dies verdeutlicht ihr überaus unsicheres Selbstkonzept, welches den Wert der eigenen Persönlichkeit von der Beurteilung und Zuneigung anderer abhängig macht (Buchholz, 2001).

Frauen die an Bulimie leiden, haben das starke Bedürfnis, von Anderen Anerkennung zu bekommen, sie haben immer Angst, abgelehnt zu werden. Deshalb haben sie eine Tendenz, es allen recht machen zu wollen. Ständig haben sie Angst, Fehler zu machen und falsche Entscheidungen zu treffen. Der Zusammenhang der Angst vor Auseinandersetzungen mit der Unfähigkeit, eigene Wünsche und Erwartungen zu äußern, macht die Betroffene zu ruhigen, zurückgezogenen und ängstlichen Menschen (Buchholz, 2001). Dementsprechend wird dem eigenen Körper die Funktion für Anerkennung im Besonderen durch Männer zugesprochen. Die Perfektion der äußeren Erscheinung bekommt so einen überhöht wichtigen Stellenwert, da die ideale Figur die Zugehörigkeit zu anderen und die Anerkennung durch andere sichern kann (Buchholz, 2001).

Die Betroffenen sind in einem Teufelskreis gefangen, den sie anscheinend nicht unterbrechen können. Es folgt ein Heißhungeranfall nach dem anderen, diese lösen Selbstvorwürfe, Schuld und Scham aus und bestätigen das Gefühl der eigenen Unfähigkeit, kontrolliert und gezügelt zu essen. Je öfter Essanfällen nachgegeben werden, desto häufiger wird versucht, diese wieder rückgängig zu machen. Die nächste Diät wird noch strenger angesetzt und wieder nicht durchgehalten, somit werden Schuld-, Scham und Minderwertigkeitsgefühle auf ein Neues ausgelöst und der Teufelskreis schließt sich (Buchholz 2001).

Aus Tabelle 3 sind die Diagnosekriterien der Bulimie zu entnehmen (Gerlinghoff, 2006):

Tabelle 3: Diagnosekriterien der Bulimie (Gerlinghoff 2006, S. 13)

ICD-10	DSM-IV
F50.2. Bulimia nervosa	307.51 Bulimia nervosa
• Andauernde Beschäftigung mit Essen, unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln; Essattacken, bei denen sehr große Mengen Nahrung in kurzer Zeit konsumiert werden.	• Weiderkehrende Heißhungeranfälle; für diese charakteristisch ist: - Essen einer Nahrungsmenge, die größer ist, als sie die meisten Menschen in ähnlicher Zeit und unter ähnlichen Umständen schaffen würden, - Gefühl des Kontrollverlustes beim Essen.
• Versuch, dem dick machenden Effekt von Nahrungsmitteln durch verschiedene kompensatorische Verhaltensweisen entgegenzusteuern: selbst induziertes Erbrechen,	• Wiederkehrend ungeeignetes kompensatorisches Verhalten, um eine Gewichtszunahme zu vermeiden, wie selbst induziertes Erbrechen, Missbrauch von Laxantien, Appetitzüglern, Diu-

Missbrauch von Abführmittel, zeitweilige Hungerperioden, Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika. Bei Diabetikerinnen kann es zur Vernachlässigung der Insulinbehandlung kommen.	retika oder anderen Medikamenten, Fasten oder exzessive körperliche Betätigung.
• Krankhafte Furcht, dick zu werden.	• Heißhungeranfälle und Maßnahmen zur Gewichtsregulierung treten im Durchschnitt über 3 Monate mindestens zweimal wöchentlich auf.
	• Die Selbstbewertung hängt phasenweise stark vom Gewicht und von der Figur ab. • Die Störung tritt nicht ausschließlich während Episoden von Anorexie auf.
F50.3 Atypische Bulimia nervosa Bei ansonsten recht typischem klinischen Bild fehlt eines oder mehrere Kennmerkmale der Bulimia.	Spezifizierung des Typus: „<u>Purging-Typ</u>“: regelmäßig selbst induziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien, Diuretika, Appetitzüglern; „<u>Non-purging Typ</u>“: ungeeignete kompensatorische Verhaltensweisen wie Fasten oder exzessive körperliche Betätigung.

2.1.2.3. *Nicht näher bezeichnete Essstörungen bzw. atypische Anorexia nervosa und atypische Bulimia nervosa*

Eine zusätzliche Kategorie wurde zur Einordnung von Essstörungen eingeführt: *Nicht näher bezeichnete Essstörung*. Diese Essstörungsform erfüllt die Kriterien für eine spezifische Essstörung nicht (Zitt, 2008). Die *nicht näher bezeichneten Essstörungen* ermöglichen eine diagnostische Zuordnung, wenn laut ICD 10 und DSM IV nicht alle zuvor beschriebenen Kriterien einer *Anorexia nervosa* oder *Bulimia nervosa* erfüllt sind. Es kommt vor und ist nicht auszuschließen, dass es Übergänge zwischen bestimmten Formen einer Essstörung in eine andere gibt.

Die Kriterien zu *Nicht näher bezeichnete Essstörungen* dienen der Einordnung von Essstörungen, die die Kriterien für eine spezifische Essstörung nicht erfüllen. Beispiele hierfür sind laut DSM- IV der American Psychiatric Association (APA, 1994):

1. Bei einer Frau sind sämtliche Kriterien der *Anorexia nervosa* erfüllt, außer dass die Frau regelmäßig Menstruationen hat.
2. Sämtliche Kriterien der *Anorexia nervosa* sind erfüllt, nur liegt das Körpergewicht der Person trotz erheblichen Gewichtsverlustes noch im Normalbereich.
3. Sämtliche Kriterien der *Bulimia nervosa* sind erfüllt, jedoch sind die „Fressattacken“ und das unangemessene Kompensationsverhalten weniger häufig als zweimal pro Woche für eine Dauer von weniger als drei Monaten.
4. Die regelmäßige Anwendung unangemessener, einer Gewichtszunahme gegensteuernder Maßnahmen durch eine normalgewichtige Person nach dem Verzehr kleiner Nahrungsmengen (z.B. selbstinduziertes Erbrechen nach dem Verzehr von zwei Keksen).
5. Wiederholtes Kauen und Ausspucken großer Nahrungsmengen, ohne sie hinunterzuschlucken.

Immer wieder gibt es Betroffene, die zweifellos an einer Essstörung leiden. Bei der Anwendung der vorgegebenen Diagnosekriterien können nicht alle Betroffenen in eine der definierten Essstörungen eingeordnet werden. Diese neue Form der Essstörungen ermöglicht eine Zuordnung (Gerlinghoff 2000).

2.1.2.4. Binge Eating Disorder

Binge Eating disorder beschreibt eine Form der Essstörung mit Fressanfällen, Esssucht oder psychogene Hyperphagie. Sie wird auch als *atypische Bulimia nervosa* bezeichnet. Der Ausdruck „Binge“ bedeutet Herunterkippen und Hineinschlingen (Baeck, 2007).

Baeck (2007) fasst diese Form der Essstörung zusammen:

Bei der Binge-Eating-Störung handelt es sich um eine krankhafte Form des Übergewichts, bei der auffallende Verhaltensweisen in der Art der Nahrungsaufnahme, ein negatives Körperbild und Selbstvorwürfe bis hin zur Depression dazukommen. (S. 100)

Die betroffenen Personen kennzeichnen sich durch unkontrollierbare Heißhungerattacken, ohne anschließend kompensatorische Maßnahmen zur Gewichtskontrolle (wie z.B. Erbrechen, Mißbrauch von Abführmitteln etc.) durchzuführen. Während dieser Essattacken nehmen die Betroffenen vor allem Nahrungsmittel mit einem hohen Fettanteil bzw. einem hohen Zuckergehalt zu sich (Zitt, 2008). Häufig treten diese Fressanfälle bei übergewichtigen Erwachsenen oder Daueressen auf. Da diese keine Gegenmaßnahmen, wie es etwa Bulemiker tun, einsetzen, kann das übermäßige Essen zu Übergewicht führen. Hinzu kommen Schuldgefühle welche sich bis hin zu Depressionen entwickeln können (Baeck, 2007).

Tabelle 4: Diagnosekriterien der Binge Eating Disorder laut DSM-IV (APA, 1994)

A. Wiederholte Episoden von Fressanfällen. Eine Episode von Fressanfällen ist durch die beiden folgenden Kriterien charakterisiert:

1. Essen einer Nahrungsmenge in einem abgrenzbaren Zeitraum z.B. in einem zweistündigen Zeitraum, die definitiv größer ist als die meisten Menschen in einem ähnlichen Zeitraum unter ähnlichen Umständen essen würden.
 2. Ein Gefühl des Kontrollverlusts über das Essen während der Episode (z.B. ein Gefühl, dass man mit dem Essen nicht aufhören kann bzw. nicht kontrollieren kann, was und wie viel man isst).
- B. Die Episoden von Essattacken treten gemeinsam mit mindestens drei der folgenden Symptome auf:
1. wesentlich schneller essen als normal,
 2. essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl,
 3. essen großer Nahrungsmengen, wenn man sich körperlich nicht hungrig fühlt,
 4. alleine essen aus Verlegenheit über die Menge die man isst,
 5. Ekelgefühle gegenüber sich selbst, Deprimiertheit oder große Schuldgefühle nach dem übermäßigen Essen.
- C. Es besteht deutlich Leiden wegen der Essanfälle.
- D. Die Essanfälle treten im Durchschnitt an mindestens zwei Tagen in der Woche während mindestens sechs Monaten auf.
- E. Die Essattacken gehen nicht mit dem regelmäßigen Einsatz von unangemessenen kompensatorischen Verhaltensweisen einher und treten nicht ausschließlich im Verlauf einer Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa auf.

2.1.3. Entstehung, Auslöser und Ursachen

Die genauen Ursachen von Essstörungen sind nicht bekannt. Bis heute wird ein multidimensionales Entstehungsmodell diskutiert, welches sich durch biologische, psychosoziale und soziokulturelle Einflüssen zu erklären versucht (Gerlinghoff, 2006).

Im Laufe der Zeit haben sich Ernährungsgewohnheiten, Körperideale und Vorbilder sowie Körperkontrolltechniken stark verändert. Es lässt sich die Entwicklung einer „Zivilisierung des Appetits“ erkennen. Diese gesellschaftlich geforderten Kontrolltechniken (wie z.B. sich beim Essen einschränken, gesittet essen oder Diätmaßnahmen ergreifen) können in Zusammenhang mit der Entwicklung der Essstörungen gebracht werden. Die verinnerlichten Moralvorstellungen von Frauen spielen ebenso einen wichtigen Aspekt, diese sogenannte weibliche Moral ist eine einseitige Abhängigkeit von Anerkennung, welche an andere gebunden ist (Buchholz, 2001).

In Amerika zum Beispiel zeigt sich das Problem der unterschiedlichen Schichtzugehörigkeit sehr stark. Menschen aus ärmeren Bevölkerungsschichten können sich kaum Obst und Gemüse oder frisches Fleisch leisten, da diese Nahrungsmittel relativ teuer sind. Somit ernähren sie sich meist von Fast Food-Produkten und sind erheblich dicker als die gehobene Schicht. Es besteht in einigen Teilen der Welt ein Nahrungsmittelüberfluss, in anderen Teilen mangelt es an nahrhaften Lebensmitteln. Ohne Nahrungsmittelüberschuss und ohne kulturelle Normen welche das Essverhalten bilden, entwickeln sich kaum Essstörungen. Dies kann als Grund gesehen werden, warum sich Essstörungen ausschließlich in modernen westlichen Industrienationen, in denen Schlankheit idealisiert wird, entwickeln. Es existiert zu der anscheinend unbegrenzten Verfügbarkeit von Lebensmitteln große Angst vor Übergewicht, welche durch das gängige Schönheitsideal geschürt wird. Besonders für Frauen ist der Körper in der westlichen Kultur zu einem Statussymbol geworden, welches so noch nie da gewesen ist. Der Körper muss zur heutigen Zeit signalisieren, welcher Klasse seine Trägerin angehört (Buchholz, 2001).

Schon seit frühester Zeit werden Essverhalten, wie die *Bulimia Nervosa*, *Anorexia Nervosa* oder auch die *Binge-Eating-Disorder* als abweichend bzw. krankhaft klassifiziert.

Es ist von Bedeutung, die Identitätsfindung zu beachten welche sich in der Umbruchphase der Pubertät entwickelt und in der das Vergleichen mit anderen

eine wichtige Rolle spielt (Baeck, 2007). Die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und der Figur, und der Wunsch, das eigene Gewicht in den Griff zu bekommen sowie einem Ideal zu entsprechen, können häufig Auslöser für ein restriktives Essverhalten oder eine Diät sein. Jegliche Diätversuche können dazu beitragen, sich übermäßig mit der Nahrung, dem Körper und der Figur zu beschäftigen (Baeck, 2007). Als Motive für diverse Diäten werden mehrfach das Streben nach Schönheitsidealen und dem Wunsch, eines höheren Selbstwertgefühls, genannt. Untersuchungen der letzten Jahre bestätigen, dass bereits Kinder und Jugendliche sich mit Diäten und Fasten konfrontieren. Unterstützt von einschlägigen Beiträgen der Medien konnte sich die Diätindustrie in den letzten 45 Jahren zu einem großen Geschäft entwickeln (Zitt, 2008).

Gerlinghoff (2000) beschreibt den Übergang zwischen krank und gesund wie folgt:

Die Übergänge von der üblichen Schlankheitskur zur Magersucht oder Bulimie sind fließend. Im Frühstadium gibt es keine Anhaltspunkte, die deutlich machen, dass die Grenze zur Essstörung überschritten wurde, doch irgendwann, der Zeitpunkt ist ganz unbestimmt, fallen Verhaltensweisen und Beschwerden auf, die ein an Magersucht oder Bulimie erkranktes Mädchen von denen unterscheidet, die harmlose Schlankheitskuren machen und gesund bleiben. (S. 55)

Viele eifern dem Wunsch einer Traumfigur nach, sie erlegen sich diesen Druck selbst auf oder geben dem äußeren Druck ihrer Mitmenschen nach. Wenn dieser groß genug wird und immer wiederholte Fastenkuren und Diäten nicht den gewünschten Effekt bringen, können weitere Methoden zur Gewichtsregulierung eingesetzt werden (beispielsweise Nulldiäten, der Missbrauch von Abführmittel sowie die Verwendung entwässernder Medikamente, willentliches Erbrechen nach einer Diätsünde oder auch exzessive sportliche Aktivitäten). All diese Verhaltensweisen können zu gestörtem Verhalten gerechnet werden (Gerlinghoff, 2000).

Somit können Essstörungen durch den Wunsch der Gewichtsregulation entstehen. Alternative Diäten, und häufig auch nach erfolglosen Diätversuchen oder nach extremen Hungerphasen, können Essstörungen hervorrufen oder begünstigen.

Wie schon erwähnt sind Essstörungen schwerwiegende psychosomatische Erkrankungen, die häufiger Frauen betreffen. Es kann sich ein suchartiger Charakter entwickeln und die Entstehung basiert auf dem Zusammenwirken mehrerer Ursachen, wie soziale, biologisch-genetische, familiäre und Persönlichkeits-Faktoren. Deren Einflüsse sind nicht verallgemeinbar und müssen jeweils individuell abgeschätzt werden (Reich, 2005).

Beack (2007) gibt Erklärungsmodelle für die Entstehung von Essstörungen, deren Ursachen und Auslöser, an:

- Das kognitive Modell geht davon aus, dass es Auffälligkeiten im kognitiven Bewertungsprozess der Betroffenen gibt, Sie übertreiben und übergeneralisieren zum Beispiel das Schlankheitsideal: ‚Nur wenn du schlank bist, kannst du erfolgreich sein.‘
- Das psychobiologische Modell geht davon aus, dass es eine Wechselwirkung zwischen Ernährung und Regulierung der Gefühle gibt. So werden zum Beispiel Spannungen und Stressgefühle mit Essen beantwortet.
- Das genetische Modell sucht nach erblich bedingten Hintergründen, die jedoch bei der Bulimie noch weitgehend unerforscht sind.
- Das soziakulturelle Modell geht davon aus, dass die veränderten Erwartungen an die unterschiedlichsten Rollen der Frau ursächlich sind. Welche Identität hat die „moderne“ Frau? Die perfekte Geliebte, die Freundin, die Mutter, die Geschäftsfrau, die ehrgeizige Studentin? Und alles entspannt, gut aussehend, sportlich, elegant, stressfrei, lächelnd. Die Werbung vermittelt: mit den richtigen Mitteln ist alles möglich, ob Diätprodukte, Putzmittel, Make-up, Körperpflege, Fitness- alles ein Kinderspiel. Müde, traurig, entnervt, so will uns keiner. Den richtigen

Mann findet nur die perfekte Frau. Und die Mütter leben es vor: Nicht jammern, funktionieren, die Fassade muss stimmen.

- Das systemische Modell erklärt die Entstehung der Bulimie mit einer gestörten Interaktion (Kommunikation) in der Familie und mit hohen Werten und Normen, die meist leistungsorientiert sind und das Familienklima bestimmen.
- Das psychodynamische Modell nimmt an, dass innere Konflikte der Betroffenen Ausdruck in der Bulimie finden und Defizite in der Autonomieentwicklung bestehen.
- Das traumatische Modell sieht eine Traumatisierung im Hintergrund. Das können Gewalterfahrungen oder andere grenzüberschreitende Erfahrungen in sexueller Hinsicht sein.

Das Suchtmodell sieht die gedankliche Dauerbeschäftigung mit Essen und Nahrung im Vordergrund. Daneben gibt es noch die Möglichkeit, dass andere psychiatrische Erkrankungen, wie zum Beispiel Depressionen, Ursache der Essstörung sind. (S. 55f)

Die bemerkenswert hohe Prävalenz von Essstörungen in der hoch industrialisierten Welt gegenüber anderen Kulturkreisen zeigt die Wichtigkeit der Bedeutung des Einflusses soziokultureller Faktoren. Durch die zunehmende Globalisierung scheint jedoch auch ein Wandel des Schönheitsideals in anderen Kulturkreisen stattzufinden (Zitt, 2008).

2.1.3.1. Auslöser- Das Körperbild

Zitt (2008) postuliert die Entwicklung des Körperbildes folgendermaßen:

Eine zentrale Rolle in der Entwicklung des Körperbildes spielt die Mutter. Ist die Mutter in ihrer eigenen Weiblichkeit verwurzelt, überträgt sich das unmittelbar auf ihre Tochter. Das Mädchen kann sich mit einer Weiblichkeit identifizieren, die sich voll, satt und kraftvoll anfühlt. Nicht selten erlebt sich allerdings die Mutter als ohnmächtig und ihre

Weiblichkeit als mangelhaft bzw. makelbehaftet. Dies kann sich unter anderem in der Ablehnung des eigenen Körpers ausdrücken oder darin, dass sie mit dem Älterwerden hadert. Da die Mutter eine zentrale Vorbild- und Modellwirkung für das Mädchen hat, kann dieses unter diesen Umständen kaum ein positives Empfinden weiblicher Körperlichkeit entwickeln und das Frausein wertschätzen. Unbewusst versucht nun die Tochter den Mangel bzw. den Makel der Mutter auszugleichen, verliert dadurch aber die Wahrnehmung eigener Bedürfnisse. Innere Spannungen und Konflikte sind die Folge, die in der Pubertät, in der es auch um Ablösung und Autonomie geht, nicht mehr lösbar sind und unerträglich werden. Als eine vermeintliche Lösung kann dann eine Essstörung entwickelt werden. (S. 162 f.)

Relativ früh in der Kindheit entsteht bereits das Körperbild, hierbei sind positive Erfahrungen mit dem Körper, das Empfinden von Geschicklichkeit und Kraft wichtig für die Entstehung eines guten Körperbildes. In der Pubertät spielen Rückmeldungen durch Gleichaltrige (Peergruppe), die ersten Bemerkungen zur Figur durch das andere Geschlecht und positive sportliche Erfahrungen eine entscheidende Rolle. Wenn jedoch der Körper zum Feind wird können sich Essstörungen leichter manifestieren denn das Körperbild von Menschen mit Essstörungen ist gekennzeichnet durch Selbsthass, Verachtung und von einer Körperschemastörung. Das bedeutet, sie nehmen ihren Körper verzerrt wahr und finden sich zum Beispiel bei einem auffallenden Untergewicht zu dick (Baeck, 2007).

Nicht nur ein schlechtes Körpergefühl sondern auch Übergewicht in der Kindheit erhöht die Gefahr, in der Adoleszenz eine Essstörung zu entwickeln. Das relative Risiko, eine Essstörung zu entwickeln, war laut einer Studie von Johnson-Sabine et al. (1988) bei den diät haltenden Jugendlichen 7.9 mal höher als bei den nicht Diät haltenden. Es wurde gezeigt, dass Diät halten in Kombination mit anderen psychischen Auffälligkeiten die Entwicklung einer Essstörung begünstigen können (Buddeberg-Fischer 2000).

Frauen der unterschiedlichsten Gewichtsklassen haben alle etwas gemeinsam: sie sind mit ihren Körpern unzufrieden. Das Körperideal von Frauen ist über die letzten drei Jahrzehnte laufend schlechter geworden (Olmsted, 2004).

Die Einstellung zum Körper ist oft abhängig vom momentanen Körpergewicht, für viele Betroffene ist es das sichtbare, quantifizierbare Zeichen der eigenen Unzulänglichkeit (Gerlinghoff, 1995).

Die Ansicht, dass gewisse Körpermaße und ein bestimmtes Körpergewicht unakzeptabel sind und die Tatsache, dass das Körpergewicht veränderbar ist, hat eine riesige Diätindustrie hervorgerufen. Das Körperideal und das chronische Diät-halten sind so gebräuchlich, dass sie statistisch „normal“ für Frauen sind. Sie rufen in sich selbstzerstörerische und unsinnige bzw. sinnlose Verhaltensweisen hervor. Ihrer Karriere, Romantik und sozialen Beziehungen werden auf „Pause“ gestellt, bis sie ihr gewünschtes Gewicht erreicht haben. Das Selbstbewusstsein hängt stark von ihrem Gewicht und dem Körperbild ab. Diese starke Fokussierung auf das Gewicht stellt ein hohes Risiko für die Entwicklung einer Essstörung dar (Olmsted, 2004).

Joraschky (2009) beschreibt die Körperunzufriedenheit wie folgt:

Die in den westlichen Industrieländern zu verzeichnende exzessive Beschäftigung mit der äußeren Erscheinung - bis hin zu einem ausgeprägten Körperkult – lässt sich gestützt auf Studien an nicht-klinischen Populationen zumindest partiell als Folge von Störungen der affektiven Körpererfahrung (negative Körper-Kathexis) einordnen. Dementsprechend lassen sich dann auch pädagogisch-präventiv ausgerichtete Strategien ableiten: Frauen werden beispielsweise zumeist als deutlich unzufriedener mit ihrem Körpergewicht bzw. ihrer Körpergestalt beschrieben. (S. 36)

Man kann Störungen des Körperbildes als Kardinalsymptome der Anorexie ansehen, diese spielen auch bei der Bulimie eine entscheidende Rolle. Vor allem

der Umgang mit dem eigenen Körper bereitet vielen Betroffenen enorme Ängste. Dieser Bereich ist unter Umständen der am stärksten geschädigte ihrer Persönlichkeit, sie können sich unsicher und inkompetent fühlen, zahlreiche schmerzhaftes Erinnerungen begleiten sie (Gerlinghoff, 1995).

Wie schon mehrfach erwähnt, gilt die superschlanke Frau mit präpubertären Körperformen als Repräsentantin für das, was derzeit im westlichen Kulturraum als weibliches Schönheitsideal akzeptiert und in der Werbung propagiert wird.

2.1.3.2. Auslöser- Schönheitsideale und Vorbilder

Stahr (1995) postuliert über die Gesellschaft und ihre Ideale bezüglich der Körpervorbilder im Folgenden:

Nichts eignet sich für den Menschen besser als der Körper, um seine Unverwechselbarkeit und Einzigartigkeit zu präsentieren. Da unsere Gesellschaft insgesamt egalitärer geworden ist und die Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe oder Schicht kein Mittel mehr ist, sich von anderen zu unterscheiden, sind es die greifbaren Aspekte des Körpers und das körperliche Selbst, um sich von anderen abzugrenzen. Am Körper-Image manifestiert sich auch die Überidentifikation mit den fremdbestimmten Idealen und Leitbildern, die unsere individualisierte Gesellschaft zur Symbolisierung von Einzigartigkeit, Autonomie und Selbstverwirklichung bereitstellt. Neben den Leitbildern

- vom vollmobilen, stets leistungsfähigen Einzelindividuum
- der gleichberechtigten Partnerschaft, die Frauen und Männer ein gleiches Neben- und Miteinander ermöglicht
- der demokratisch organisierten Familie, die jedem Familienmitglied seinen individuellen Entfaltungsspielraum gibt, ist vor allem
- das Ideal vom schlanken, jugendlichen Körper, das Schönheit, sexuelle Attraktivität, dauerhafte Leistungsfähigkeit und Einzigartigkeit verspricht. (S. 84)

Ein Schönheitsideal wird mit einer bestimmten Vorstellung von Schönheit, während einer Zeitperiode innerhalb einer bestimmten Kultur, verbunden. Meist bezieht sich dieser Begriff auf das Aussehen des menschlichen Körpers, Schönheitsideale scheinen jedoch relativ zu sein, wenn Kulturen und deren Ideale vergleichend betrachtet werden. Im Gegensatz dazu jedoch verweist die Attraktivitätsforschung darauf, dass Schönheitsideale der unterschiedlichen Kulturen Gemeinsamkeiten aufweisen. Laut ihren Erkenntnissen bildet sich menschliche Schönheit zumindest teilweise auf definierbare Faktoren. Diese unterliegen einem relativen Konsens zwischen Menschen und Kulturen und sind scheinbar biologisch verankert. Das Verlangen nach einem perfekten Körper kann als Drang, den idealen Fortpflanzungspartner zu eruieren gedeutet werden (Zitt, 2008).

Dahlke (2007) beschreibt in seinem Buch „Der Körper als Spiegel der Seele“ einen Zusammenhang zwischen der Körperstatur und der Modebranche, denn die Modebranche bestimmt mit ihren Produkten und Kollektionen die Figur- und Schönheitsideale. Er hält fest, dass in der heutigen patriarchalischen Leistungsgesellschaft alle mit Status und Einfluss ausgestatteten Spitzenpositionen von Männern besetzt sind. Auch so sei es in der Modebranche, der Großteil der Kleidung wird von Frauen geschneidert; die großen Modemacher sind jedoch meist Männer. Der heterosexuelle Mann besitzt in der Regel selten genug Geschmack, Gefühl und Stilempfinden für Mode. Diese Eigenschaften bringen eher homosexuelle Männer mit sich und setzen als Designer Trends in der Frauenmode. Ein langfristig entscheidender Nachteil entwickelt sich daraus, denn sie bevorzugen Männer und finden deren Formen und Figuren attraktiv. Frauen tragen somit Mode und Trends, die sich an männlichen Schönheitsidealen orientieren. Insgesamt wird unsere Modewelt auf diese Weise schon seit vielen Jahrzehnten von einem männlichen, knabenhaften Schönheitsideal regiert (Dahlke, 2007).

2.1.3.3. Schönheit im Wandel der Zeit

Antike 8. Jhdt.. v. Chr. bis 5. Jhdt. n. Chr.:

Seit der Antike sind Essstörungen und das Abnehmen für Mediziner von Bedeutung, da sie als Symptom oder Zeichen einer bestimmten Krankheit gedeutet werden konnten (Vanderecken, 1990).

Zu den frühesten überlieferten Berichten gehören weibliche Figuren mit breitem Becken, rundem Bauch und entsprechend voluminösen Schenkeln und Brüsten. Zu einem der bekanntesten Funde gehört die sogenannte Venus von Willendorf aus Niederösterreich (ca. 25.000 v.Chr.), die offenbar eine Fruchtbarkeitsgöttin darstellen soll, diese spiegelt den Überfluss und Reichtum von Mutter Natur dar. Sie stellt die große Göttin dar, die das Leben beherrscht und zeigt sich in der Gestalt der heutigen Fettsuchtfigur. Dies entspricht dem momentanen Albtraum und somit auch dem Schatten der modernen Zeit im Schlankheitswahn. In der heutigen Zeit verbinden Menschen in den westlichen Industrienationen nichts Göttliches und Kostbares mehr mit Fett, da dieses im Überfluss vorhanden ist. Fettreiche und nahrhafte Nahrung lässt sich problemlos beschaffen und einnehmen. Die Gesellschaft verurteilt übergewichtige und fettsüchtige Menschen gnadenlos. Man verbindet die Betroffenen mit Eigenschaften wie faul, gefräßig und unappetitlich (Dahlke, 2007).

Schon zu dieser Zeit wurden Möglichkeiten für eine gezügelte und kontrollierbare Nahrungsaufnahme entwickelt. Als Behandlungsmethoden verschiedener Krankheiten wurden freiwillige Hungerkuren praktiziert, Aushungern wurde als Strafe oder Druckmittel eingesetzt und hat eine lange Tradition in verschiedenen Kulturen. Bei sehr vielen Völkern wurde Fasten vor allem aus religiösen Gründen betrieben, auch magische Erwartungen sollten damit befriedigt werden. Frühen Artefakten zufolge wurden in vorchristlichen Kulturen mehrmals im Jahr Fastenrituale durchgeführt. Diese Rituale wurden entweder mit vollständiger oder teilweiser Nahrungsenthaltung abgehalten und waren schon damals ein Bestandteil des religiösen Lebens (Vanereycken, 1990).

Mittelalter 5. bis 15. Jhdt.:

Stahr (1995) beschreibt das Körperbild im Mittelalter folgendermaßen:

Interessanterweise handelt es sich bei vielen in der historischen Literatur beschriebenen Personen um Frauen. Sie verkörpern vorwiegend zwei Typen von Menschen, die Nahrung verweigern bzw. diese noch zusätzlich mit einer extrem asketischen Lebensweise verbinden. Unterschiede zwischen heutigen Magersüchtigen und den asketisch-mystischen Heiligen des Mittelalters liegen in deren Umgang mit dem Körper. Die derzeit herrschende Auffassung geht davon aus, dass es zu den typischen Bedeutungsprämissen von Magersucht gehört, den Körper durch Nahrungsverweigerung zu reduzieren, über den Gewichtsverlust die Eigenbedeutung des Körpers zu negieren, ihn „zum Verschwinden zu bringen“. Die extreme Askese des Mittelalters, die die heiligen Frauen praktizierten, sollten nicht nur den Körper von jeglicher Attraktivität befreien, sondern, im Sinne der christlichen Tradition, sein Leiden erhöhen und durch diese Selbsterfahrung die Befreiung vom Bösen, von der Sünde des Leibes, erlangen. Damit begab man sich symbolisch auf den Leidensweg Christi mit dem Ziel, die vollkommene Erlösung zu erhalten. (S. 10 f.)

Neuzeit 16. bis 19. Jhdt.:

Mit Beginn der Neuzeit entwickelte sich eine zunehmende Professionalisierung der Medizin, damit wurde das Interesse am Essverhalten immer größer und rückte ins Blickfeld der Ärzte. Die neue Sichtweise, der Menschen sei ein handelndes Subjekt welches seine Beziehungen zu seinen Mitmenschen selber gestaltet, war dabei entscheidend. Zur Zeit des Mittelalters wurde die Gesundheit als Einheit und Harmonie von Mensch und Natur betrachtet. Mit Beginn der Neuzeit rückte die Eigenverantwortlichkeit jedes einzelnen Individuums, gegenüber sich selbst und gegenüber seines eigenen Essverhaltens, in den Mittelpunkt des Interesses. Von großer Bedeutung bei dieser Entwicklung sind Säkularisierungs- und Individualisierungsprozesse (Stahr, 1995).

Während der französischen Revolution wurde der weibliche Körper nicht mehr durch das Korsett modelliert. Es kam wieder zum Ideal der üppigen Frauenfigur mit weiblichen Rundungen um in der Zeit des Bürgertums wieder zu neuer Blüte zu gelangen. Dieses Frauenideal sollte die den Frauen zugeschriebenen Funktionen der Sorge, um ein harmonisches Familienleben und der Mutterschaft, widerspiegeln. Es kam zu einer Wiederbelebung schon bekannter Kulturtechniken (Stahr 1995).

Zu beachten ist, dass zu Zeiten von Hungersnöten der dünne und abgemagerte Körper die Zugehörigkeit zu einer ärmeren Gesellschaftsschicht signalisierte, nur wenige konnten sich regelmäßig reichhaltige Nahrung leisten. Bis ins 17. Jahrhundert galt ein wohl geformter Körper als Statussymbol für Reichtum und Macht und wurde als das Privileg der Oberschicht angesehen. Erst durch die Aufklärung wurde Fettleibigkeit als Gesundheitsproblem thematisiert, dadurch strebte die Oberschicht und daraufhin auch das Bürgertum ein neues Schönheitsideal an, den schlanken Körper. Heute signalisiert ein schlankes Ich positive Werte, man ist natürlich, bescheiden, kann verzichten und hat sich und somit auch sein Leben unter Kontrolle. Die Zugehörigkeit zu einer gehobenen Gesellschaftsschicht zeigt sich durch die Möglichkeit, Nahrungsmittel auszuwählen, Sport zu betreiben und somit gesund und fit zu leben. Die Zeit der Wohlstandsgesellschaft hat begonnen (Merta, 2002).

Neueste Geschichte 20. und 21. Jhdt.:

Gegen Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts entwickelte sich durch den Wandel des weiblichen Schönheitsideals in der westlichen Gesellschaft ein immer größer werdendes Interesse für die Figur. Parallel dazu entwickelte sich eine immer größer werdende Abneigung gegenüber der Fettleibigkeit. Während die früheren Frauenideale eher rund waren und die mütterliche Figur mit vollem Busen und Gesäß idealisiert wurde, entwickelt sich seit den 20er Jahren eine Schönheitsform, welche alle Eigenschaften der Fruchtbarkeit und Mutterschaft ablegt. Im Laufe der Zeit veränderten sich bevorzugte Schönheitsideale mehrere Male. Die heutige Frau soll durch ihre Schlankheit ihre sexuellen Befreiung

widerspiegeln und ihrer Ablehnung der traditionellen Frauenrolle ausdrücken. Die neue schlanke Schönheitsvorstellung ersetzt somit das Korsett und wird zur neuen Zwangsjacke der Frau (Buddeberger-Fischer, 2000).

Einer Epoche schlanker Körper folgte eine Zeit, in der runde Körperformen gefragt waren. Im 20. Jahrhundert unterlagen die Schönheitsvorstellungen jedoch den meisten Wandlungen. In den zwanziger Jahren entsprach die „Femme fatal“ mit einer knabenhaften Figur dem Schönheitsideal, in den fünfziger Jahren entwickelte sich diese Vorstellung genau ins Gegenteil (Zitt, 2008).

Der Ursprung des heutigen Ideals der dünnen bis dünnen Frau wurde erstmals von dem Model *Twiggy* und später von Nachfahrrinnen, wie Kate Moss verkörpert. Sie sind superdünn und rank, wollen hoch hinaus und sind vom Ehrgeiz – im wahrsten Sinne des Wortes- angefressen. Die Problematik wird heutzutage meist zuerst an der von Kokain zerfressenen Nasenscheidewand verdeutlicht. Diese Droge wurde früher Appetitzüglern beigemischt und machte es den Models, ohne Gefühle und trotz des vorhandenen Stresses dem sie ausgesetzt waren möglich, ihren abgemagerten Körper, ein Zeit lang aufrecht zu halten. Irgendwann brechen sie zusammen oder magern auf erschreckende und ungesunde Weise ab. Obwohl die ungesunden Nebenwirkungen dieses Rituals bekannt sind, wird das abgemagerte Ideal von sehr vielen Modeblättern propagiert. Die heutige Zeit ist sehr stark vom Ehrgeiz geprägt und bevorzugt bewegliche und dünne Menschen, denn diesen werden bessere und schnellere Aufstiegschancen zugesprochen (Dahlke, 2007).

Neben dem magersüchtigen Schönheitsideal hat sich seit den neunziger Jahren ein weiteres Ideal gebildet. Der sportliche, langbeinige und leicht untergewichtige Jugendliche hat trotzdem einen weiblich ausgestatteten Frauenkörper (Zitt, 2008).

Dahlke (2007) sucht eine Erklärung der abgemagerten Schönheitsvorstellung:

Körperliche (Arbeits-) Überlastung ist heutzutage kaum Ursache für Untergewicht oder eine magere Gestalt. Viel eher wäre an eine seelische

und geistige Überforderung und die daraus folgende Zerrüttung der Nerven als Ursache für Untergewicht zu denken. Allerdings könnte man allein mit Stress und Überforderung nicht erklären, warum *Twiggy* zum Ideal wurde. (S. 41)

Der Wandel von Schönheitsvorstellungen und ebenso die Entwicklung der Stellung der Frau in Gesellschaft, Familie und Beruf und der damit immer häufiger auftretenden Problematik von Essstörungen rücken in das Interesse der Mediziner an der Erforschung dieser Erkrankungen (Buddeberg-Fischer, 2000).

2.1.4. Risikofaktoren & Folgen

2.1.4.1. Risikofaktoren

Wie bei allen Störungen haben bestimmte Menschen von ihren Veranlagungen her oder aufgrund ihrer Umweltbedingungen eine größere Bereitschaft, an Essstörungen zu erkranken (Ettrich & Pfeiffer, 2001).

Die Erkennung der Risikofaktoren spielt eine bedeutende Rolle. Hierzu gibt es aus den letzten Jahren zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen. Mehrere Untersuchungen belegten, dass wenn sich junge Mädchen übermäßig stark mit ihrer Figur und ihrem Körpergewicht, mit Essen und Diäten beschäftigen, sich eher der Gefahr aussetzen, eine Essstörung zu entwickeln. Die außergewöhnliche Beschäftigung mit Nahrung und dem eigenen Körper zählt zu einer der wichtigsten Risikofaktoren für die Entwicklung einer Essstörung (Gerlinghoff, 2000).

Frauen mit einer Tendenz zum Perfektionismus, ebenso Frauen mit einem niedrigen Selbstwertgefühl, aber auch diejenigen, die andere psychische Probleme haben wie Depressionen oder Ängstlichkeit, haben ein erhöhtes Risiko, eine ernsthafte Essstörung zu entwickeln (Olmsted, 2004).

Die Risikofaktoren können in den verschiedenen Bereichen, wie im innerpsychischen, biologischen, sozialen oder gesellschaftlichen, liegen. Diese können unter anderem das vorherrschende Schönheitsideal, das Einhalten von Diäten, der Konkurrenzkampf und der Druck in der Peer-Group, ein niedriges Selbstwertgefühl oder möglicherweise eine genetische Veranlagung sein (Baeck, 2007).

Das Ausmaß an Anerkennung, Zuwendung und Liebe, die ein Mensch benötigt, ist individuell sehr unterschiedlich. Das Empfinden und Erleben eines Mangels könnte ausreichen, dass sich eine Störung entwickelt. Menschen die ständig Aggressionen jeglicher Art ausgesetzt werden, Herabsetzungen oder Missachtung erfahren, können kaum ein positives Selbstbewusstsein entwickeln. Sie haben meist auch keine Anvertrauten und kaum soziale Unterstützung. Diese immer wieder erlebten Frustrationen können eine ideale Ausgangssituation für die Entwicklung einer Essstörung sein (Gerlinghoff, 2000).

2.1.4.2. Folgen

Baeck (2007) postuliert,

dass es durch die Reduktion der Nahrungsmenge zu einer Mangel- bzw. Unterernährung kommt, da sich die Betroffene einseitig ernährt. Zu den somatischen Folgeerscheinungen der Ess-Brech-Sucht zählen:

Die Auswirkung auf die Gesundheit hängt davon ab, welche Methoden zum Ungeschehenmachen der Essanfälle angewandt werden. Kreislaufprobleme, Herzrhythmusstörungen, Elektrolytmangel, Schlaf- und Konzentrationsstörungen, hormonelle Irritationen bis hin zum Ausbleiben der Menstruation und als deren Folge Osteoporose, Haarausfall und trockene, schuppige Haut finden wir bei allen Methoden. Zahnschmelzschäden entstehen durch die Magensäure bei Erbrechen. Sie sind nicht reparabel und richten also bleibenden Schaden an. Durch

Erbrechen treten weiterhin auf: Kaliummangel, Schwellung der Ohrspeicheldrüsen, Reizung der Speiseröhre, Elektrolytschäden, eingerissene Mundwinkel. Häufiges Erbrechen führt auch zu Flüssigkeitsverlust. Die Folgen sind Müdigkeit, Schwindel, Zittern, Kreislaufkollaps; die Nierenfunktionen werden eingeschränkt. (S. 53)

Frauen mit Essstörungen sind körperlichen Folgeschäden ausgesetzt, dazu zählen unter anderem das Ausbleiben der Menstruation, Darmträgheit, Absinken des Pulses und Blutdrucks, Herzrhythmusstörungen, Osteoporose (Abnahme der Knochendichte) und die Thermogenese (die Wärmeregulierung des Körpers ist sehr träge, die Betroffenen frieren ständig). Durch Essstörungen können sich unter anderem auch hormonelle Störungen entwickeln, es kann zu Haarausfall und Hautirritationen kommen und das Längenwachstum wird langsamer (Baeck, 2007). Eine alarmierende Tatsache von essgestörten Frauen ist, dass sich viele durch eine vollkommene Bedürfnislosigkeit kennzeichnen. Die Betroffenen scheinen weder Wärme, noch Ruhe oder Schlaf und ebenso keine Nahrung zu benötigen, um zu Leben (Buchholz, 2001).

An Bulimie oder Anorexie leidenden Frauen nehmen übermäßige Nahrungs- und Trinkmenge zu sich, dies kann zu einer Überdehnung des Magens führen. Nimmt die Betroffene eine übermäßig große Trinkmenge zu sich, besteht die Gefahr einer Wasserintoxikation. Auch die motorische Hyperaktivität, wie exzessive Bewegungen kann zu alarmierenden Herzrhythmusstörungen führen, ein Absinken des Blutzuckers (Hypoglykämie) provozieren und die Entwicklung einer Osteoporose begünstigen (Buchholz, 2001).

Man kann laut Buchholz (2001) Essstörungen mit suchttypischen Elementen beschreiben:

- Kontrollverlust
- Entzugserscheinungen
- Wiederholungszwang
- Toleranzentwicklung und Dosissteigerung

Interessensabsorption und Zentrierung
Gesellschaftlicher Abstieg
Psychischer und körperlicher Verfall (S. 53)

Kontrolle über sich zu haben, vermittelt den Betroffenen ein Gefühl von Macht und diese macht sie zugleich ohnmächtig. Einige von ihnen fügen sich schwere körperliche und seelische Schäden zu. Dies ist ein einsamer Weg, der nicht nur in die Essstörung führt, sondern auch in Depression und Selbstmordgedanken endet (Baeck, 2007). Der negative gesundheitliche Zustand des Körpers, verbunden mit dem Untergewicht, kann zu Depressionen und Magengeschwüren führen. Ebenso kann es vermehrt zu Komplikationen kommen, die Prognosen verschlechtern sich in Zusammenhang mit Bluthochdruck, Diabetes und Hyperlipidemia (z.B. erhöhter Cholesterin). Frauen, die eine Essstörung entwickeln und ihr Gewicht auf ein gefährlich niedriges Level schrauben, haben ein großes Suchtproblem und – Potential (Olmsted, 2004).

Es können sich neben körperlichen Folgeerkrankungen auch typische Veränderungen im emotionalen Erleben von Frauen mit Essstörungen entwickeln. Die Betroffenen sind sehr ambivalent und schwanken zwischen Extremen, sie ziehen sich von echten und realistischen Intimitäten zurück. Manche von ihnen haben vordergründig viele Freundschaften, jedoch niemanden, der ihnen wirklich nahe steht. Den an Essstörungen leidenden ist es wichtig auf ihre perfekte Fassade zu achten und diese zu wahren, innerlich sind sie jedoch meist von Selbstzweifel bestimmt und hassen ihren Figur und ihren Körper (Baeck, 2007).

Essstörungen sind meist von verschiedensten seelischen Beschwerden begleitet. Diese sollten möglichst rechtzeitig und angemessen behandelt werden, denn ansonsten können sie zu erheblichen und dauerhaften körperlichen, seelischen und sozialen Schädigungen führen. Im schlimmsten Fall kann es bei den Betroffenen durch die schwere körperliche Beeinträchtigung und damit verbundenen seelischen Probleme zu einen Todesfall oder Suizid münden (Reich, 2005).

2.2. Medien, Werbung und Essstörungen

Wie im vorigen Teil der Arbeit erläutert können Vorbilder einen möglichen Auslöser für eine Essstörung bilden. Die Medien und Werbung formen und postulieren diese Vorbilder und Ideale, somit spielen sie eine große Rolle. Im folgenden Abschnitt werden Aspekte der Medienwirkungsforschung sowie deren Wirkungsphänomene erörtert welche den theoretischen Hintergrund bieten sollen und eine mögliche Erklärung des Verhaltens auf Werbung zu liefern. Verschiedene Lerntheorien werden dargestellt und der Zusammenhang zwischen Medien, Werbung und Essstörungen herbeigeführt.

2.2.1. Medien

Spettigue (2004) postuliert den Einfluß der Medien auf junge Frauen:

„Just as young woman with weight and shape preoccupation, body dissatisfaction, internalization of the thin ideal, and tendency for social comparison are most influenced by the media, so are they also more likely to use the media.“ (S. 18)

Das Ziel der Werbung ist, Menschen in ihren Einstellungen und in ihrem Verhalten zu beeinflussen. Die beworbenen Produkte sollen gekauft, eine Partei gewählt oder eine Dienstleistung in Anspruch genommen werden. Die Beeinflussungen von Meinungen oder aber auch von Einstellungen sollen sich auf das menschliche Verhalten auswirken. Die Werbebranche erhofft sich durch die Verhaltensbeeinflussung Käufer, Kunden, Mitglieder oder Wähler zu gewinnen, sie wollen unter anderem auch das eigene Angebot gegenüber Konkurrenten durchsetzen. Ein weiteres Ziel der Werbung ist, das Entscheidungsspielräume von Personen zugunsten einer Sache beeinflusst werden sollen. Es besteht die Gefahr dass die Autonomie des Einzelnen bedroht wird, nicht reale Welten werden produziert und der Eindruck wird erweckt, Glück könne durch Kaufentscheidungen erreicht werden (Mayer, 2005).

Großen Einfluss auf die Wahrnehmung übt die Sozialisation aus. Einst beeinflussten Eltern, Lehrer und Religion den Menschen, doch nun geben künstlich geschaffene Idealfiguren Normen vor. Medien und Werbungen werden in großem Ausmaß eingesetzt, um neue Trends so schnell und teuer wie nur möglich an die breite Masse zu vertreiben. Die Manipulationsmöglichkeiten steigen, denn man braucht den Konsumenten nur etwas verunsichern, und schon ist er bereit sich neue Produkte anzueignen (Panek, 2002).

Durch den großen Einfluss der Medienwelt hat die Bedeutung der äußerlichen Erscheinung und der körperlichen Attraktivität stark zugenommen, dadurch haben sich ganze Industriezweige dem Schönheits- und Jugendideal verschrieben (Stahr 1995).

Medien spielen eine große Rolle für die Entwicklung, Entstehung, Prävention und Handhabung von Essstörungen. Forschungen haben gezeigt, dass die Medien die Entwicklung von Essstörungen fördern. Weiters zeigen die Medien die Wichtigkeit von Schlankheit und Gewichtsverlust auf, ebenso betonen sie die Wichtigkeit der Schönheit, des Aussehens, des Auftretens und des Erscheinungsbildes (Spettigue, 2004).

Der Körper wird zum Statussymbol da die Medienwelt eine eigene Körperästhetik im Dienste der Wirtschaft entwickelt. Attribute wie Schlankheit, körperliche Fitness und jugendliches Aussehen werden zu einem Ideal gezählt, welches fast unerreichbar scheint. Es kommt zu einer Normierung von Schönheitsidealen, diese verstärken beim Konsumenten die eigene Unsicherheit. Mittels Werbung und präsentierten Machbarkeitsvorstellungen werden ihnen Selbstwert und Anerkennung versprochen, indem die Optimierung des mangelhaften Körpers angeboten wird. Der Körper entwickelt sich immer mehr zu einer starren Maske und scheint als fühlender Körper fast nicht mehr existent zu sein (Zitt, 2008).

Über die letzten Jahre hat sich der Anteil der Werbungen für Diätprodukte sowie für Gesundheitsprodukte stark erhöht. Das Gewicht und die Figur der dargestellten Models, dienen als Vorbild und Ideal. Das Körpergewicht der

Models ist in den letzten Jahren drastisch gefallen und den Frauen der heutigen Zeit wird somit ein unrealistisches Schönheitsideal vorgegeben. Die Schönheitsbranche profitiert von diesen medialen Idealbildern, denn auch diese Industrie ist von der Entwicklung der Schönheitsideale und der positiven Erscheinung abhängig. Ebenso ist sie ökonomisch davon abhängig, dass Frauen Schönheitsvorbildern nacheifern. Möglicherweise könnte eine Änderung des heutigen Schönheitsmythos oder die Erfindung eines Produkt, welches wirklich einzigartig wirkt, eine ganze Branche zusammenbrechen lassen, dies würde Millionen von Arbeitslosen zur Folge haben (Baeck, 2007). Die Medien und die Werbung kreieren und propagieren einen Schönheitsstandard, welcher bei den Frauen zu einer Körperunzufriedenheit führen kann. Ebenso spielt der Druck des „Dünn-seins“, welchen die Medien ausüben, eine große Rolle. Dieser Druck beeinflusst nicht nur die Körperwahrnehmung, sondern auch die Essgewohnheiten.

Zitt (2008) beschreibt die Problematik der Medien:

Die Medien spielen eine zentrale Rolle bei der Etablierung von Schönheitsidealen. Bereits im Laufe des 19. Jahrhunderts kam es durch die Möglichkeiten der Fotografie und der Massenproduktion zur schnelleren und weiteren Verbreitung von Schönheitsidealen (wie z.B. auf Werbeplakaten und erotischen Karten). Ende des 20. Jahrhunderts kommt es aufgrund der Konzentration des Mediensystems zu einer immer größeren sowohl formalen wie inhaltlichen Vermischung: Information und Unterhaltung, Werbung und PR, Fiktion und vermeintliche Realität vermischen sich mit Ästhetik und Alltagskultur zu dem, was heute Mediengesellschaft bezeichnet wird (S. 77 f.).

Junge Frauen lernen heutzutage die medialen Idealbilder und deren „Messages“ zu analysieren und zu diskutieren. Sie lernen, dass alle Bilder konstruiert, verändert und manipuliert worden sind. Was sie sehen ist nicht real, nicht die reale Wirklichkeit, sondern es wird nur eine Sichtweise, Anschauungsart bzw. Betrachtungsweise repräsentiert. Dieser Prozess, eine Sichtweise darzustellen ist

rein profitorientiert (Spettigue, 2004) Die Werbeindustrie fördert das „Dünn-sein“ als gesund und schön. Eine überproportionale Aufmerksamkeit wird den gesundheitlichen Problemen bei Fettleibigkeit aufgetragen, wobei die gesundheitlichen Risiken von Diäten fast außer Acht gelassen werden (Olmsted, 2004).

Die Medienwelt versucht dem Konsumenten zu vermitteln, dass alles machbar sei. Es wird die Illusion kreiert, dass gutes Aussehen alle Möglichkeiten zu einem glücklichen und zufriedenen Leben bildet. Dies scheint viele Menschen dazu zu treiben, sich körperlichen Veränderungen wie Diäten, Schönheitsoperationen, oder ähnlichem, auszusetzen (Baeck, 2007). Vor allem die Doppelbotschaft, die Medien durch Werbung und ebenso durch die Modebranche zu vertreiben versuchen, führen einerseits zu Spannungen und andererseits bedeutet die Unglaubwürdigkeit des moralischen Gegenübers für den Konsumenten (dazu zählen unter anderem selbstunsichere, akzeptationsbedürftige und für Essstörungen empfängliche Menschen) eine Wiederholung des schon Erlebten und lösen somit ein verstärktes Interesse und eine weitere Identitätsverwirrung aus (Zitt, 2008).

Um die Wirkung der Medien und dessen Entwicklung verstehen zu können, gibt es nun im folgenden Kapitel einen Einblick in die Medienforschung.

2.2.1.1. Medienwirkungsforschung

Im folgenden Kapitel wird auf verschiedene theoretische Perspektiven und Modelle zur Erklärung und zum Verständnis von Medieneffekten eingegangen. Journalisten, Politiker, Erzieher und andere beschäftigen sich seit geraumer Zeit damit, wie man systematisch, intendiert und wirksam Medien als Propagandamittel oder pädagogisches Instrument zur Erreichung bestimmter Effekte beim Kunden einsetzen kann. Die Erforschung und Bekämpfung von

gesellschaftlich negativ, schädlich oder dysfunktional empfundene Wirkungen spielen ebenso eine wichtige Bedeutung (Bonfadelli, 2004).

In der Medienwirkungsforschung gibt es nach Bonfadelli (2004) drei Perioden:

Die *ersten Phase* der Wirkungsforschung ist zu Beginn des 20. Jahrhunderts angesiedelt. Die Wissenschaft spricht den Medien ein großes Propagandapotenzial durch die Entwicklung gesellschaftlicher Veränderungen zu. Dies kann mit dem Begriff „Massengesellschaft“ umschrieben werden, zusammen mit trieb- und instinktpsychologischen Konzepten. Medien und ihre Propagandabotschaften wurden quasi als omnipotent betrachtet, weil sie vom isolierten und wehrlosen Publikum ident aufgenommen werden und zu normierten Reaktionen führen können.

Nach dem II. Weltkrieg kam es durch die Einführung des Fernsehgeräts in den 50er und 60er Jahren zur *zweiten Phase* der klassischen Medienwirkungsforschung. Forschungsleitende Voraussetzung sollte nun die Wirkungslosigkeit der Medien sein, welche als „limited effects“-Theorie bekannt wurde. Die Menschheit beginnt nun sich vor Medieneinflüssen zu schützen. Sie setzen sich nur solchen Medienbotschaften aus bzw. wollen nur solche wahrnehmen, die nicht im Widerspruch zu bereits vorhandenen Einstellungen stehen. Der soziologische Aspekt wurde durch die Bedeutung der sozialen Gruppe ergänzt, denn die Verbindung zu Bezugsgruppen erklärt einerseits die wichtige Funktion der zwischenmenschlichen Kommunikation und andererseits die entscheidende Rolle der Meinungsführer.

Die *dritte Phase* der Wirkungsforschung kann in den 70er Jahren beobachtet werden. Es kam zu einer Wiederentdeckung von starken Medieneffekten. Diese neuen Ausblicke entstanden einerseits durch die rasche Verarbeitung des Mediums Fernsehen und andererseits durch die Generierung neuer Theorien bezüglich Einflussprozessen sowie der Kultivierung von Realitätsvorstellungen (Bonfadelli, 2004).

2.2.1.2. Theorien

Es gibt verschiedene Theorien über das Wirkungsphänomen der Medienwirkung. Was machen Menschen mit den Medien? Zur Beantwortung dieser Frage wird auf Bedürfnistheorien und motivationale Konzepte zurückgegriffen:

Jäckel (1992) beschreibt menschliche Taktiken bezüglich Medien:

Menschen wenden medienorientiert nur finanzielle, zeitliche und mentale Ressourcen auf, weil sie von den Medien die Befriedigung von Bedürfnissen bzw. die Lösung von Alltagsproblemen erwarten: Motivationsprämisse. Menschen wenden sich also mehr oder weniger aktiv und zielorientiert (Aktivitätsprämisse) den Medien zu und entscheiden sich in einer bestimmten Situation für jenes Medienangebot, das optimale Bedürfnisbefriedigung verspricht: Nutzenmaximierung (Bonfadelli 2004, S. 19).

Die emotionale Aktivierungstheorie postuliert, dass Menschen eine bestimmte Intensität an physiologischer Erregung als angenehm empfinden, sie versuchen diesen für sich als optimal empfundenen Zustand aufrechtzuerhalten (Bonfadelli, 2004).

Menschen orientieren sich an ihren Mitmenschen, sie suchen Anerkennung und fürchten die Ausgliederung. Die Theorie der Schweigespirale beinhaltet, dass Menschen die in der Gesellschaft vorherrschende Meinungsstimmung beobachten und ihre eigene Einstellung anderen gegenüber nur äußern, wenn sie der Mehrheitsmeinung entspricht (Bonfadelli, 2004).

2.2.1.3. Wirkungsphänomene

Der biologische Ablauf der Wirkung und Aufnahme von Werbung funktioniert bei allen Menschen gleich. Um die verschiedenen einwirkenden Reize wahrzunehmen, besitzt der Mensch verschiedene Arten von Rezeptoren. Diese

nehmen Reize aus der Umwelt auf (*Retina* für Licht, *Cochlea* für Geräusche, etc.) und wandeln diese in Nervenimpulse um, die dann über neuronale Bahnen an das Gehirn weitergeleitet werden.

Bonfadelli (2004) beschreibt verschiedene Wirkungsphänomene, die über drei Ebenen die unterschiedlichen mediatisierenden Prozesse erklären:

Die *erste Ebene* beschreibt sogenannte Input-Faktoren, welche die Randbedingungen für Medieneffekte bilden. Dies sind sozialkategoriale Merkmale des Menschen wie Alter, Geschlecht, Bildung, Persönlichkeitsfaktoren und die soziokulturelle Lebensart. Die Themenkonsultation stellt einen wichtigen Bereich dar, dies beinhaltet das eigene Interesse bzgl. eines bestimmten Inhaltes und das dazugehörige Vorwissen. Die Medienabhängigkeit stellt die Integration ins Mediensystem, wie unter anderem die Häufigkeit, Habituation und der Konsum, dar.

Die *zweite Ebene* beschreibt mediatisierende Prozesse, welche sich durch eine intuitive und eine kognitive Ebene unterscheiden lassen. Auf der intuitiven Ebene ist der Nutzen-Belohnungs-Ansatz von vordergründiger Bedeutung. Die gesuchten und erwarteten Mediendarstellungen sind eine Voraussetzung dafür, ob die Wissensaufnahme befriedigt wird. Dazu zählt zum Beispiel, ob Medienbilder unterhalten, ob diese glaubwürdig und unabhängig sind. Auf der kognitiven Ebene kann man Verarbeitungsstrategien, Prozesse wie Aufmerksamkeit, Framing und Priming, ebenso die mentale Aufmerksamkeit sowie den mentalen Aufwand, beobachten. Priming ist in diesem Zusammenhang ein bedeutender Begriff. Es stellt das Schlüsselgerüst der Kognitionspsychologie dar und bezeichnet die Besonderheit, dass bestimmte Medieninhalte welche zuvor genutzt wurden, die schon im Gedächtnis vorhandenen Gedanken und damit assoziierte kognitive Konzepte aktivieren können, die dann wiederum die Wahrnehmung beeinflussen.

Die *dritte Ebene* beschreibt Medieneffekte als abhängigen Output. Durch Nutzung der Medien kommen Menschen mit verschiedenen Inhalten und Vorkommnissen in Berührung und diesen schreiben sie dann eine bestimmte Dringlichkeit zu. Sie erwerben zusätzlich ein bestimmtes Wissen über diese Themen und es kommt zu

einer Entscheidungsfindung, somit auch zu deren Umsetzung, Anwendung und Verwirklichung (Bonfadelli, 2004).

Zitt (2008) beschreibt den weiblichen Körper als werbende Aufmachung. Die meist mit Hilfe des Computers veränderte dargestellte Frau verkauft nicht nur sich selbst, sondern ihr nackter bzw. halbnackter Körper, wenn auch manchmal nur fragmentarisch, dient als Blickfang für eine bestimmte Ware. Der Anteil der gezeigten Haut nimmt dabei ständig zu und es gibt kaum ein Produkt, für das nicht mit einem nackten Körper bzw. einem Körperteil geworben wird. Mit dem Kauf wird dem Käufer eine Geliebte versprochen oder zumindest ein Stück von ihr: ihr Mund, ihre Brüste, ihre Beine oder ein Stück von ihrem Hintern. Der Körperteil wird zum Objekt der Begierde und Kauf der Ware scheint dem Konsumenten den Erwerb des Objekts zu ermöglichen (S. 57).

Medieneffekte sind dann gefährlich, wenn sich die verzerrte Medienrealität im Bewusstsein zu einer internen Realitätsvorstellung umwandelt (Burkart, 1995).

2.2.2. Werbung

Marketingfachleute beobachten das Verhalten und die Bedürfnisse von Konsumenten. Sie entwickeln Werbestrategien, welche die Erfüllung aller Wünsche versprechen (Kirchler, 2003).

Es gibt verschiedene Definitionen von Werbung, Bonfadelli (2004) listet fünf konstruierende Charakteristika der Werbung auf:

1. Gegenstand: Produkte, Dienstleistungen, Unternehmen als Ganzes oder (politische, kulturelle, religiöse) Ideen,
2. Ziel: Die Beeinflussung von Meinungen, Kognitionen, Emotionen, Motivationen oder Verhalten von Menschen,

3. Instrumente: Die strategische und systematische Anwendung von Gestaltungstechniken,
4. Art der Kommunikation: Der Versuch, das Werbeziel durch gezielte und offenkundige Beeinflussung zu erreichen,
5. Kanal: Der Vorzug von bestimmten Verbreitungskanälen (Massenmedien im weitesten Sinn). (S. 129)

Werbung soll einen positiven Eindruck beim Konsumenten hinterlassen, ihr werden drei Hauptfunktionen zugeschrieben, welche sie aus Sicht der Konsumenten notwendig macht: Werbung soll als Zeitvertreib und Unterhaltung dienen, soll Informationen für Konsumentenentscheidungen liefern und ebenso Normen für das Verhalten bilden (Kroeber-Riel, 1975).

Weil Werbung nur einen Bereich im komplizierten Entscheidungsprozess des Kaufverhaltens darstellt, kann man daraus schließen, dass Werbung mit Einschränkungen nur Verhaltensimpulse erzeugt. Dies wird durch eine bestimmte Positionierung ihrer Produkte, Dienstleistungen, Unternehmensimages oder Ideen hervorgerufen (Bonfadelli, 2004).

Gefühle und Assoziationen werden durch den ersten Eindruck, den Werbeinhalte oder ein Produkt hinterlassen, hervorgerufen (Kirchler, 2003).

Man nimmt mit einer Selbstverständlichkeit die in den Printmedien, bewusst oder auch unbewusst, Werbebilder anorektischer und zu dünner Frauen wahr. Man entdeckt sogar, dass in Gesundheitsrubriken einiger Frauenmagazine und in der Werbung pharmazeutischer Produkte unrealistisch dünne Frauen dargestellt werden. Die abgebildeten Models werden einerseits mit Hilfe des Computers dünner gemacht oder andererseits durch „Pixelschönheiten“ ersetzt. Ein überwiegender Teil von Darstellungen internationaler Modemacher zeigt untergewichtige Frauenillustrationen (Zitt, 2008).

Das Ziel von Werbung ist unter anderem, dass sich der Konsument über ein Produkt bewusst wird, ein Verlangen danach entwickelt und handelt, indem er es

kauft. Durch Werbung wird versucht, das Verhalten von Menschen mit ausgewählten Kommunikationstechniken zu beeinflussen. Als Werbeziele können die positive Einstellung zum Produkt, die Erhöhung des Umsatzes und vor allem die Erhöhung der Kaufbereitschaft definiert werden (Kirchler, 2003).

2.2.3. Lerntheorien

In diesem Abschnitt soll kurz auf die Frage eingegangen werden, wie ein Individuum bestimmte Verhaltensweisen und Meinungen erwirbt: durch Lernprozesse.

Zitt (2008) postuliert die Wahrnehmung und somit auch das Lernen:

Unsere Wahrnehmung ist beeinflusst durch unsere Erfahrung, unsere Bedürfnisse und Befindlichkeit, was zu Interpretationen, Selektion und Bewertung führt, wobei es stets auch zu Verzerrungen, illusionärer Verkennung oder Ausblendung kommt. Unsere Bedürfnisse, Wünsche und Erwartungen beeinflussen, was wir wahrnehmen und wie wir etwas wahrnehmen (S. 24).

Auch der Sozialisierungsprozess spielt eine große Rolle. Darunter versteht man die Übernahme der typischen Verhaltensmuster, Einstellungen und Werthaltungen einer Gruppe. Immer wenn sich ein Mensch den Standards einer Gruppe anpasst, kommt es zu diesem Prozess (Herkner, 2001).

Kognitive Stile werden von Herkner (2001) folgendermaßen postuliert:

Informationsverarbeitungsprozesse spielen beim sozialen Lernen eine wichtige Rolle. Lernen durch Beobachtung läuft schneller ab, wenn man beobachtete Handlungsabläufe gleichzeitig verbal kodiert. Diese konstante persönliche Eigenheit der Informationsverarbeitung nennt man kognitive Stile. (S. 127)

Handeln Menschen gegen ihr besseres Wissen, entsteht ein Zustand den der Psychologe Leon Festinger als „kognitive Dissonanz“ bezeichnet (Zimbardo,

1992). Die Grundbegriffe der Dissonanztheorie Festingers (1957) sind kognitive Elemente (Kognitionen wie Gedanken, Vorstellungen, Einstellungen und Meinungen) und die Relationen zwischen ihnen. Diese kognitiven Elemente können einerseits unabhängig voneinander sein, oder andererseits in einer Beziehung zueinander stehen. Relationen können konsonant - zwei Elemente passen zusammen - oder dissonant – zwei kognitive Elemente passen nicht zusammen und widersprechen sich - sein. Ein zentraler Begriff der Dissonanztheorie ist das commitment (die Bindung), worunter man den Grad der Unveränderbarkeit von Meinungen, Bewertungen und Handlungen versteht (Herkner, 2001).

Wodurch werden Einstellungen und Meinungen gebildet? Die Einstellung zu einem Thema hängt mit der subjektiven Meinung zusammen. Die Änderung einer Meinung oder Einstellung kann einerseits durch die Aufnahme neuer Meinungen bzw. Einstellungen entstehen, andererseits durch die Änderung bereits vorhandener Meinungen oder Einstellungen hervorgerufen werden. Die Entstehung und Änderung von Meinungen durchlaufen dieselben Prozesse, wie etwa Kommunikation und Konditionierung. Die klassische Konditionierung besagt, dass ein neutraler Reiz mit einem unbedingten Reiz mehrmals gleichzeitig oder unmittelbar dargeboten wird. Durch den unbedingten Reiz werden Reaktionen auf den neutralen Reiz übertragen. Demnach sollte ein neutraler Reiz eine positive Konnotation erhalten, wenn dieser mehrmals mit einem positiven Reiz ausgelöst wird. Die Einstellungsänderungen können auch durch operante Konditionierung hervorgerufen werden. Dabei handelt es sich um eine besondere Form der verbalen Konditionierung durch Bestrafung oder Verstärkung von Aussagen über ein Einstellungsthema. Durch Beobachtung und Kommunikation können Lernprozesse ebenso stattfinden (Herkner, 2001).

Kirchler (2003) postuliert fünf wichtige Voraussetzungen für emotionale Konditionierungsprozesse in der Werbung:

1. Gleichzeitige Darbietung von emotionalem Reiz und (neutralem) Markennamen. Zwar soll der neutrale Reiz kurz vor dem emotionalen

dargeboten werden. Nachdem dies aber in der Werbung häufig nicht möglich ist, werden beide Reize gleichzeitig geboten.

2. Die dargebotenen Reize müssen intensiv sein. Vor allem emotionale Reize müssen klar und intensiv sein. Besonders stark sind biologisch vorprogrammierte Schlüsselreize (z.B. Kindchenschema, erotische Reize), kulturell geprägte Reize und zielgruppenspezifisch gelernte Reize (z.B. Idole, wie Schauspieler, Sportler etc.).
3. Zahlreiche Wiederholungen der Kombination des neutralen und emotionalen Reizes sind notwendig. Emotionale Konditionierung ist ein Vorgang, der wenig Aufmerksamkeit und gedankliche Einsicht auf Seiten der Umworbenen verlangt. Um auch bei passiven, desinteressierten oder gering involvierten Empfängern wirksam zu sein, sind zahlreiche Schaltungen notwendig.
4. Gedankliche Passivität ist kein Konditionierungshindernis. Umworbene sind meist gedanklich passiv; Konditionierungsprozesse tun trotzdem ihre Wirkung, allerdings ist dafür
5. eine konsistente Reizdarbietung erforderlich. Emotionale Konditionierung setzt Konsistenz in der Darbietung der emotionalen und neutralen Reize voraus. (S. 240 f.)

Doch nicht nur die Lerntheorien sind entscheidend bei der Meinungsbildung bezüglich eines Produktes. Die Motivation spielt ebenso eine wichtige Rolle. Denn sie ist die Gesamtheit kognitiver, emotionaler und physiologischer Prozesse, deren Effekte das Verhalten antreiben und steuern (Trimmel, 2003). Motivation lässt sich mit den Begriffen Aktivierung, Richtung und Ausdauer eines zielgerichteten Verhaltens beschreiben (Kirchler, 2005).

Man kann Einstellungen auch als Motivation bezeichnen, welche mit einer kognitiven Gegenstandsbeurteilung in Verbindung steht. Der Zusammenhang zwischen Motivation und der damit zielorientierten Emotion führt zu einer angenehmen oder einer unangenehmen Empfindung. Die Einstellung zu einem Gegenstand besteht aus der dazugehörigen Meinung über den Gegenstand

(kognitiver Aspekt), der Sympathie (affektiver Aspekt) und den Verhaltensabsichten (kognitiver Aspekt) (Kirchler, 2003).

Erst wenn eine Motivation vorliegt, können sich Lernergebnisse im Verhalten beobachtbar machen wenn diese wiederum zur Zielerreichung beigetragen haben (Trimmel, 2003).

2.2.4. Der Zusammenhang von Medien, Werbung & Essstörungen

Werbebilder haben sich in den letzten Jahrzehnten auffallend stark verändert. Vergleicht man ein Werbeplakat aus den 60er Jahren mit einem aus der heutigen Zeit, so ist eine deutlicher Veränderung, vor allem die des Frauenbildes, erkennbar.

Die Massenmedien umgeben uns mit Bildern vom idealen „Dünn-sein“ der Frau, ein Ideal welches seit den 1950ern unnatürlich dünn geworden ist, ebenso unrealistisch für die meisten Frauen und Mädchen. Die Mitteilungen, Nachrichten und Bilder welche sich auf das Erscheinungsbild und die Schlankheit von Frauen fokussieren, haben einen signifikant negativen Einfluss auf die Körperzufriedenheit, die Beschäftigung mit dem Thema „Essen“, die Essgewohnheiten und auf das emotionale Wohlfühl-Gleichgewicht von Frauen in den westlichen Kulturen. Forschungen haben gezeigt, dass Medien zur Entwicklung von Essstörungen beitragen und diese ebenso aufrecht erhalten (Spettigue, 2004).

Durch die Entwicklung hochprofessioneller Bildbearbeitungsprogramme ist es jedem möglich, Werbebilder beliebig zu verändern. Somit ist kaum zu Unterscheiden, ob es sich um das Original oder um ein bearbeitetes Bild handelt. Bilder spielen besonders für Lifestyle- und Frauenmagazinen eine entscheidende Rolle. Die Aufmerksamkeit richtet sich von den Herausgebern besonders auf Fotos gerichtet, denn die Abbildungen sollten möglichst perfekt sein, da sie zum

Teil den Umsatz dieser Zeitschriften ausmachen. Nicht selten sind mehrere Grafiker an der Erstellung eines Fotos zugange (Zitt, 2008).

Eine Umfrage ergab, dass der größte Wunsch von Mädchen zwischen 11-17 Jahren sei, Gewicht zu verlieren sowie ihr Gewicht zu halten. Frauen im mittleren Alter wurden befragt, was sie an ihrem Leben am liebsten ändern würden. Mehr als die Hälfte wünschen sich, ihr Gewicht zu verändern. Die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper sowie die ständige Beschäftigung mit dem eigenen Gewicht gehören zu den alltäglichen Erfahrungen fast jeder Frau. Das Körperbild wird auch stark beeinflusst von der medialen Welt, welche ein Schlankheitsideal vorgibt. Beim Betrachten und der Wahrnehmung dieses Idealbildes sinkt bei Frauen die Körperzufriedenheit und das Selbstbewusstsein signifikant stark (Spettigue, 2004).

Gerlinghoff (2000) postuliert die Wirkung der Medien auf das Schlankheitsvorbild:

Das Schlankheitsideal diktiert in den westlichen Industrienationen die Essgewohnheiten in erheblichem Maße. Gleichsam als Zielfiguren dienen Models, und diese sind spätestens seit Twiggy schlank, um nicht zu sagen mager. Zu Werbezwecken werden in Modemagazinen und Journalen Frauen präsentiert, deren Gewicht sicherlich im untersten Normbereich liegt. So lautet dann der Auftrag an die Frauen, diesen Auserwählten mit der Traumfigur nachzueifern. Als Preis winkt nicht nur die Attraktivität des eigenen Körpers; den Models wird nämlich unterstellt, dass sie mit ihren idealen Körpermaßen auch den Zustand des Glücks, der vollkommenen Zufriedenheit und der absoluten Coolness erreicht haben. Lohnt es sich nicht für die Frau, dafür zu hungern? (S. 11 f.)

Eine Studie an 684 Frauen mit Essstörungen ergab, dass über drei Viertel der Betroffenen gegenüber Gleichaltrigen in der Adoleszenz Minderwertigkeitsgefühle wegen ihrer Figur und ihres äußerlichen Erscheinungsbildes haben, im Erwachsenenalter sind es immer noch mehr als die Hälfte. Ein ähnliches

Ergebnis ergab sich auch bzgl. des Vergleiches zu Abbildungen von Models in Zeitschriften. Über der Hälfte der Betroffenen empfindet sich als zu dick, sie betonen die Wichtigkeit schlank zu sein. Sie gaben an, die meisten Informationen über Gewicht, Figur und Diäten aus Zeitschriften oder aus dem Fernsehen zu erhalten. Ein Drittel der Betroffenen vergleicht sich oft, ein weiteres Drittel manchmal mit Models. Dieser Vergleich stellt somit für knapp zwei Drittel eine entscheidende Bezugsgröße dar. Neben der Peer-Group und der Familie spielt der durch die Medienwelt vermittelte Schlankheitsdruck eine wichtige Rolle. Der Vergleich mit den dargebotenen Bildern und der Eindruck der dieser Vermittelt, nämlich dass ein dementsprechendes Aussehen erfolgreich macht und zu Anerkennung im Privatleben sowie auch im Beruf verhelfen kann, spielt eine entscheidende Rolle (Reich, 2005).

2.3. Zusammenfassung der Theorie und Überleitung zur Empirie

Im theoretischen Teil wurde aufgezeigt wie Aufgrund der immer stärker werdenden Präsenz der vor allem stark veränderten Werbemodels, die eigene Körperwahrnehmung beeinflusst wird und eine Wichtigkeit im Leben jeder Frau spielt.

Neben individuellen, soziokulturellen, familiären, biologischen und psychologischen Faktoren, welche das eigenen Essverhalten und das Bild der Frau beeinflussen, wird durch die stark verzerrte mediale Darstellung des weiblichen Körpers, die Wahrnehmung der Frau in der Familie, im Beruf und im alltäglichen Leben und Auftreten beeinflusst. Ebenso wird die Körperunzufriedenheit bei Mädchen bzw. Frauen beeinträchtigt und eine Entstehung bzw. Aufrechterhaltung von Essstörungen gefördert.

Die psychosomatische Krankheit entwickelt sich vorwiegend bei Frauen der westlichen Industrieländer. Essstörungen haben schwerwiegende Folgen für die

Betroffenen und die Entstehung dieses Krankheitsbildes ist bis heute noch nicht vollständig erforscht.

Die Medienwelt postuliert ein Schönheitsideal und verbreitet ständig neue Diäten unter der Bevölkerung. Frauen sind versucht diesen Idealen nachzustreben und das Schlankheitsvorbild wird somit idealisiert und normiert. Frauen aller Gewichtsklassen sind mit ihrem Körperbild unzufrieden, sie sind von minderen Selbstwertgefühlen geprägt. Daraus konnte die Medien-, Schönheits- und Diätindustrie in den letzten Jahrzehnten einen großen Nutzen ziehen, da sich die Betroffenen ständig mit Nahrung, der Figur und ihrem Aussehen beschäftigen.

Betrachten Frauen mit Essstörungen die postulierten Schlankheitsvorgaben, sinkt ihr Selbstbewusstsein stark ab, diese hängt signifikant mit dem Gewicht und der Körperzufriedenheit zusammen.

Werbungen zielen darauf ab, die dargestellten Produkte zu einem höchst möglichen Ertrag zu vertreiben. Dafür werden Models eingesetzt, die bestimmte Figurideale repräsentieren. Da diese Ideale eine Zugehörigkeit zu einer höheren Gesellschaftsschicht bedeuten und der Konsument sich die damit versprochenen Eigenschaften wie Erfolg, Schönheit und Jugendlichkeit erwartet, werden diese angenommen.

Das Ziel der Medien, Menschen in ihrem Verhalten und in ihren Entscheidungen zu beeinflussen, spielt ebenso eine wichtige Rolle. Somit ist es der Medienindustrie möglich, den Konsumenten im Kaufverhalten zu steuern. Scheinwelten werden aufgebaut und der Eindruck wird erweckt, Glück, Zufriedenheit und Ziele können durch eine Kaufhandlung erreicht werden.

Diese Entwicklung trägt dazu bei, dass die Bedeutung des Aussehens und die körperliche Attraktivität in allen Lebensbereichen eine wichtige Rolle spielt. Spettigue (2004) postuliert, dass die Entwicklung und Entstehung von

Essstörungen durch die in den Medien dargestellten Vorbilder begünstigt wird. Man sollte aber beachten, dass dieses Ideal meist verzerrt und unrealistisch ist.

Auch wenn den Frauen der heutigen Zeit bewusst ist, dass die von der Werbeindustrie gemachten Schlankheitsideale in Wirklichkeit nicht so aussehen, eifern sie diesen nach, denn laut der Werbebotschaft der Medien ist alles was man möchte erreichbar.

3. Empirischer Teil

3.1. Forschungsfragen und Hypothesen

Dieses Kapitel soll das Erkenntnisinteresse, die für die Studie relevanten Fragestellungen, welche aus den theoretischen Ausführungen abgeleitet werden, und die dazu formulierten Hypothesen behandeln.

3.1.1. Erkenntnisinteresse

Im Mittelpunkt des Interesses der vorliegenden Untersuchung steht die Frage inwieweit Werbebilder Frauen beeinflussen. Darüber hinaus gilt es nachzuweisen, dass Frauen mit Essstörungen sich eher von Werbebotschaften beeinflussen lassen, als Frauen ohne Essstörung. Weiters wird untersucht, inwieweit sich Frauen mit Essstörungen von Frauen ohne Essstörungen in der Einschätzung des subjektiven Körperbildes und der Attraktivitätseinschätzung medialer Körperbilder unterscheiden. Ebenso von Interesse ist, ob soziodemographische Daten (wie zum Beispiel das Alter, die Ausbildung oder die Konfession), das Essverhalten sowie die Körperwahrnehmung eine Auswirkung auf die Entstehung einer Essstörung haben.

Reich (2005) postulierte folgende Forschungsansätze:

Die Bedeutung von äußerer Erscheinung und Schlankheit bei Frauen und Mädchen mit Essstörungen und die hierbei bedeutsamen Sozialisationserfahrungen und Leitbilder müssen weiter untersucht werden. Hierbei sollten diese Einflüsse bei Frauen und Mädchen mit Essstörungen mit denen von nicht essgestörten Frauen und Mädchen sowie solchen, die zwar ein gestörtes Essverhalten haben, aber keine klinisch diagnostizierbare Essstörung, verglichen werden, um den Einfluss dieser Faktoren besser abschätzen zu können. (S. 29)

3.1.2. Forschungsfragen

Die für die Studie relevanten Fragestellungen wurden aus den theoretischen Ausführungen aus dem Kapitel 2. abgeleitet. Insgesamt wurden fünf Fragestellungen in Form von sieben statistischen Hypothesen ausformuliert und in weiterer Folge ausgewertet und beantwortet. In diesem Kapitel soll kurz auf die Entstehung dieser Fragestellungen und auf den jeweils relevanten theoretischen Hintergrund eingegangen werden.

Wie im Theorieteil dieser Arbeit herausgearbeitet begünstigen verschiedene soziokulturelle Eigenschaften wie zum Beispiel das Alter (Gerlinghoff, 2006) oder die soziale Schicht (Buchholz, 2001) die Entstehung oder das Beibehalten von Essstörungen (Baeck, 2007). Kann man anhand soziodemographischer Daten eine Essstörung erkennen?

Forschungsfrage 1: Begünstigen soziodemographische Daten eine Essstörung?

In Kapitel 2.1. wurden die Definitionen von Essstörungen behandelt. Frauen mit Essstörungen beschäftigen sich ständig mit dem Thema Essen und Nahrung (ICD-10). Sie haben mehrmals Heißhungerattacken und machen zahlreiche Diäten (Buchholz, 2001). Ebenso hat sich in Kapitel 2.1.3. gezeigt, dass die Beschäftigung mit Essen und das Vermeiden von hochkalorischer Speisen bei Frauen mit Essstörungen eine große Rolle spielt (Baeck, 2007; Buchholz, 2001).

Forschungsfrage 2: Welche Einstellungen zum Essen und Diäten, und welches Essverhalten haben Frauen mit Essstörungen im Vergleich zu Frauen ohne Essstörungen?

Das Kapitel 2.1.2. beschäftigt sich mit Diagnosekriterien von Essstörungen. Die Körperwahrnehmung und das Körperbild verzerrt sich im Verlauf einer Essstörung bei den Betroffenen (DSM-IV), sie können weder sich noch andere realistisch wahrnehmen, doch der Vergleich mit anderen spielt eine große Rolle

für sie (Baeck, 2007; Spettigue, 2004). Wie empfinden Frauen mit Essstörungen Models, Schönheitsideale und normale Frauen?

Forschungsfrage 3: Wie nehmen Frauen mit Essstörungen im Vergleich zu Frauen ohne Essstörungen den Körper anderer wahr?

Das Kapitel 2.1.3. behandelt die Entstehung, Auslöser und Ursachen von Essstörungen. In diesem Kapitel wird durch die Aussage von Gerlinghoff (2000) beschrieben, dass viele Menschen dem Druck unterliegen der Traumfigur, Schönheitsidealen und Vorbildern nachzueifern. Berichten zufolge (Baeck, 2007; Stahr, 1995; Zitt, 2008) werden Models mit ihrem Gewicht und ihr Figur als Ideale und Vorbilder verwendet.

Forschungsfrage 4: Woher beziehen Frauen mit und ohne Essstörungen ihre Vorbilder?

In Kapitel 2.2.1. werden Wirkungsphänomene behandelt. Laut Zitt (2008) wird der Körperteil zum Objekt der Begierde und der Kauf der Ware scheint dem Konsumenten den Erwerb des Objekts zu ermöglichen. Denn Werbung vermittelt den Konsumenten, mit den richtigen Mitteln sei alles möglich (Baeck, 2007). Die Beeinflussungen von Meinungen und Einstellungen sollen sich auf das Kaufverhalten auswirken (Mayer, 2005).

Forschungsfrage 5: Inwieweit lassen sich Frauen mit Essstörungen von Werbebotschaften beeinflussen?

In Anlehnung an die formulierten Forschungsfragen können im nachfolgenden Kapitel die entsprechenden Hypothesen abgeleitet und dargestellt werden.

3.1.3. Hypothesen

- H1: Frauen mit Essstörungen unterscheiden sich anhand ihrer soziodemographischen Daten von Frauen ohne Essstörungen.
- H2: Frauen mit Essstörungen beschäftigen sich mehr mit dem Thema Essen und Aussehen als Frauen ohne Essstörungen und lassen sich leichter beeinflussen.
- H3: Frauen mit Essstörungen nehmen den Körper anderer verzerrt wahr, sind unzufrieden mit sich und ihrem Körperbild.
- H4: Frauen mit höherem BMI haben eine andere Körperwahrnehmung als Frauen mit niedrigeren BMI.
- H5: Frauen mit Essstörungen beziehen ihre Vorbilder aus den Medien.
- H6: Frauen mit Essstörungen nutzen Werbung gezielter und aufmerksamer als Frauen ohne Essstörungen.
- H7: Frauen mit Essstörungen lassen sich durch Werbebilder hinsichtlich ihres Kaufverhaltens leichter beeinflussen.

3.2. Methode

3.2.1. Untersuchungsdesign

Die Untersuchung basiert auf einem quasiexperimentellen Design und vergleicht zwei Gruppen - Frauen *mit* und Frauen *ohne* Essstörungen. Dieser Faktor entspricht der unabhängigen Variable.

Als abhängige Variablen werden das Essverhalten, die Körperwahrnehmung und die Einstellung zu Werbebildern erhoben.

3.2.2. Statistische Vorgehensweise & Auswertungsmethoden

Die auf dem Server <https://www.soscisurvey.de> gespeicherten Daten der Testpersonen wurden in das Statistikprogramm SPSS (Statistical Package for Social Sciences), Version 17.0.1 übertragen und ausgewertet. Bei der computergestützten statistischen Datenanalyse wurden folgende Verfahren verwendet (Borzt & Döring, 2006):

- Signifikanztest

Tests zur statistischen Überprüfung von Hypothesen heißen Signifikanztests. Ermittelt wird die Wahrscheinlichkeit, mit der das gefundene empirische Ergebnis sowie Ergebnisse, die noch extremer sind als das gefundene Ergebnis, auftreten können, wenn die Populationsverhältnisse der Nullhypothese entsprechen. Diese bedingte Wahrscheinlichkeit nennt man Irrtumswahrscheinlichkeit, ist diese $\leq \alpha$, bezeichnet man das Ergebnis als statistisch signifikant. Das Signifikanzniveau liegt zwischen 5% (signifikant) bzw. 1% (sehr signifikant). (Bortz & Döring, 2006, S. 494)

- Rohwertverteilung:

Die Häufigkeitsverteilung der Testwerte (grafisch darstellbar als Histogramm) vermitteln einen ersten Überblick über das Antwortverhalten der untersuchten Probanden. Am Histogramm ist z.B. abzulesen, wie stark die Testergebnisse streuen, d.h. ob sie den gesamten Wertebereich ausfüllen oder sich um bestimmte Werte konzentrieren. Normalverteilte Testwerte sind

erstrebenswert, weil viele inferenzstatistische Verfahren normalverteilte Werte voraussetzen. Ob die empirisch gefundene Verteilung überzufällig von einer Normalverteilung abweicht oder nicht, kann mit dem Goodness-of-Fit-Chi-Quadrat-Test oder mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test überprüft werden. (Bortz & Döring, 2006, S. 218)

- Kolmogorow-Smirnow- Anpassungstest (K-S-Test):

Dieser Test analysiert, ob die gegebene Verteilung der Daten aus der Stichprobe mit der Populationsverteilung konform sind. In dieser Arbeit werden Normalverteilungen auf Signifikanzen geprüft und somit die Voraussetzungen für hypothesentestende Verfahren ermittelt.

- Kreuztabellen und Chi-Quadrat:

Es wurden Kreuztabellen erstellt, die Zusammenhänge zwischen nominalskalierten Merkmalen untersucht. Diese werden mit Hilfe von Chi-Quadrat-Tests auf Signifikanz geprüft, diese statistische Analyse vergleicht Häufigkeitsverteilungen. Mittels Chi-Quadrat korrigiert nach Fisher kann die vorliegende Hypothese überprüft werden. (Bortz & Döring, 2006, S. 725)

- T-Test

Verfahren zur Überprüfung des Unterschieds zweier Stichprobenmittelwerte. (Bortz & Döring, 2006, S. 743)

- U-Test nach Mann & Whitney

Der U-Test ist eine parameterfreie Alternative zum t-Test für den Fall der Verletzung einer oder mehrerer Voraussetzungen. Er prüft den Unterschied zwischen zwei unabhängigen Stichproben auf Basis rangskalierter Daten (es wird mindestens das Ordinalskalenniveau vorausgesetzt).

- Korrelationsanalyse

Oberbegriff für die Berechnung von Korrelationskoeffizienten (Wertebereich: $-1 \leq r \leq +1$) und die Durchführung von Korrelationstests ($H_0: \rho = 0$). (Bortz & Döring, 2006, S. 732) Korrelation ist die allgemeine Bezeichnung zur Beschreibung von Zusammenhängen zwischen Variablen:

- Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson: linearer Zusammenhang zweier kardinalskalierter Merkmale

- Rangkorrelation nach Spearman: monotoner Zusammenhang zweier ordinalskaliertter Merkmale
- Kontingenzkorrelation: Zusammenhang zweier nominalskaliertter Merkmale
- Itemanalyse
Überprüfung der Gütekriterien einzelner Items, um die Qualität eines Fragebogens einschätzen zu können. (Bortz & Döring, 2006, S. 230)
- Index
Zusammenfassung mehrere Einzelindikatoren zu einem Gesamtwert, der die Ausprägung eines komplexen Merkmals repräsentieren soll. (Bortz & Döring, 2006, S. 729)
- Cronbach's Alphakoeffizient
Ein Maß für die untere Schranke der Reliabilität und internen Konsistenz eines Tests oder Fragebogens (Wertebereich: 0 bis 1). α - Werte über 0.8 gelten als gut. (Bortz & Döring, 2006, S. 725)

3.2.3. Erhebungsmethode: Online-Fragebogen

Auf der Suche nach einer geeigneten Erhebungsmethode fiel die Entscheidung schließlich auf den Online-Fragebogen. Der Hauptgrund für diese Entscheidung war die Tatsache, dass die Befragung mit der Vorlage von mehreren Werbebildern zusammen hängt. Weiters sollte die Anonymität gewährt sein, um möglichst ehrliche Antworten zu erhalten, da das Thema Essstörung sehr persönlich ist. Auch die Rekrutierung von Menschen mit Essstörungen ist durch den Zugang von Online-Foren weitaus leichter und gewährleistet die Anonymität.

3.2.3.1. Grundlagen zum Fragebogen

Als technisches Gerüst dient die Plattform <https://www.soscisurvey.de>, auf welcher der Online-Fragebogen erstellt wurde. Die Plattform bietet die Möglichkeit nach Belieben einen Online-Fragebogen zu kreieren, auf welcher

auch die eingegebenen Daten gespeichert werden. Die Testperson hat die Möglichkeit, den Online-Fragebogen nur vollständig zu beantworten oder diesen abubrechen. Das System zeichnet automatisch die Bearbeitungszeit jedes einzeln abgeschlossenen Online-Fragebogens auf. Nach Beendigung der Befragung werden die Gespeicherten Daten in das Statistikprogramm SPSS exportiert und ausgewertet.

Der Online-Fragebogen wurde in zwei Phasen erstellt. Vor der Durchführung der eigentlichen Befragung wurde an 12 Personen ein Pre-Test durchgeführt, welcher vom 10.12. bis 18.12.2010 online war. Dieser offenbarte, dass die ursprüngliche Anzahl der Fragen zu hoch festgelegt wurde und manche Fragen auch zu Missverständnissen führten. Nach mehrmaliger Optimierung der Fragen wurde der Fragebogen zur Beantwortung im Zeitraum 12.1. bis 27.1.2011 unter dem Link <https://www.soscisurvey.de/FBWerbung> online gestellt und war frei zugänglich.

Die Endgültige Version besteht aus vier Fragenkomplexen, welche auf 18 Seiten 102 Fragen beinhalten. Jede Seite weist einen Status in Prozent über den Fortschritt der behandelten Fragen auf. Jede Frage musste beantwortet werden, um zur nächsten Seite zu gelangen. Auch ein Zurückgehen zu einer vorigen Seite war nicht möglich. Somit ist gewährleistet, dass jeder beantwortete Online-Fragebogen vollständig ausgefüllt ist.

3.2.3.2. Teil 1: Erfassung der soziodemographischen Daten

Dieser Teil beinhaltet 13 Fragen zur Erhebung der soziodemographischen Daten. Erhoben wurden Geschlecht, Alter (nach Klassen), Ausbildung (Auswahl von Abschlüssen), Konfession (Auswahl verschiedener Religionen), Familienstand (Auswahl von Beziehungen und Angabe von Kindern) und die Angabe zu Essstörungen (dichotom: *ja*, *nein*). Die Möglichkeit der Angabe welche Essstörungen man hat, wurde ebenso geboten. Die Körpergröße und das Gewicht konnte man mittels Zahleneingabe selber eingeben.

3.2.3.3. Teil 2: Einstellungen zum Essen und Essverhalten

Der zweite Teil des Online-Fragebogens setzt sich mit der Einstellung zum Essen der Befragten auseinander und soll Aufschluss über das ihr eigenes Essverhalten geben. Er besteht aus 14 eigens entwickelten Items, welche dichotom (*ja, nein*) zu beantworten sind. Die Reliabilitätsanalyse zeigt auf Grundlage der Stichprobe ($N = 236$) ein Cronbach-Alpha = .88 für die 14 Items. Das bedeutet, dass die Items Homogenität aufweisen. Die Skala ist hoch konsistent, die Indexbildung ist gewährleistet. Ebenso fallen die Trennschärfen befriedigend aus.

Der reliable Fragebogen wird durch einen Mediansplit berechnet. Die 236 Testpersonen beantworteten 14 Fragen mit *ja* oder *nein* und erhielten Punktwerte zwischen null und 14. Die Gesamtstichprobe wurde mittels Mediansplit in zwei möglichst gleich große Gruppen aufgeteilt. Jene Testpersonen die $\geq$ acht Punkte erreichen (53,4%) werden der Gruppe Frauen mit Essstörungen zugeteilt. Der Zusammenhang zwischen der Frage des Vorliegens einer Essstörung und dem Essverhalten ist mit $\chi^2(1) = 81.43$, $p < .001$ signifikant. Es können zwei eindeutige Gruppen gebildet werden: Frauen *mit* und *ohne* Essstörungen. Es ergeben sich 112 Frauen mit Essstörungen und 75 ohne Essstörungen. Die Gesamtstichprobe beträgt nunmehr $N = 187$, das entspricht 79,2% der ursprünglich Befragten, die durch den Mediansplit und aus dem Fragebogenteil *Essverhalten* eruiert wurden.

Beispiele für Fragen zum Essverhalten (dichotomes Antwortformat *ja, nein*):

1. Dass ich glücklich und zufrieden bin hängt von meiner Figur und meinem Gewicht ab.
2. Ich habe regelmäßig Essanfälle und habe mehrmals das Gefühl, die Kontrolle beim Essen zu verlieren.
3. Ich habe in den letzten Monaten Diätversuche gemacht.
4. Um mein Gewicht zu halten, setze ich unterschiedliche Maßnahmen ein (z.B. Erbrechen, Abführmittel etc.).

3.2.3.4. Teil 3: Fragen zur Körperwahrnehmung

Im dritten Teil des Online-Fragebogens werden in den Probaninnen durch dargebotene Bilder Stimuli erzeugt. Diese Stimuli erzeugen Einstellungen in ihnen, einige davon wirken eher oder eher weniger ästhetisch auf die Beobachterin. Die Bilder wurden willkürlich von diversen Internetseiten verwendet, welche Models unterschiedlichster Körperbeschaffenheit zeigen.

Cronbach's Alpha kann mit 0.85 angegeben werden, dies bedeutet, dass die persönlichen Einstellungen zu den präsentierten Bildern konsistent sind, es kann eine Homogenität dieser Skala angenommen werden. Durch den relativ hohen Cronbach-Alpha-Wert wird angezeigt, dass ein Skalenindex gebildet werden kann. Die Trennschärfen liegen bei $\geq .398$. Die insgesamt 11 Bilder waren durch die Frage „Bitte beurteilen Sie folgende Bilder“ mit „dick, normal, schlank und dürr“ zu bewerten. Dieser Teil des Online-Fragebogens soll Aufschluß über die Wahrnehmung des Körpers anderer Frauen geben.

Beispiel für ein dargebotenes Modelbild:



Abb. 1: Werbemodell (Bild 4 aus dem Fragebogen)

Zu diesem Zweck wurden bei einem Bild zusätzlich noch drei weitere Fragen zur Wahrnehmung gestellt.

Das dargebotene Bild war:



Abb. 2: Laufstegmodel (Bild 1 aus dem Fragebogen)

Wie gefällt der Testperson die dargestellte Person (schön, hässlich, ekelhaft, normal).

Die zweite Frage behandelt die subjektive Körperwahrnehmung, die Antwortalternativen waren:

- Ich möchte niemals so aussehen.
- Ich sehe so aus wie die dargestellte Person.
- Ich würde gerne so aussehen.
- Weder noch

Die dritte und letzte Frage zur Körperwahrnehmung bestimmt das Körperideal:

- „Das ist ein perfekter Körper“.

Die dreikategorielle Antwortmöglichkeit war hier: *ja, weder noch, nein*

3.2.2.5. Teil 4: Fragen zur Beurteilung von Werbebildern und deren Produkte

Der letzte Teil des Online-Fragebogens ist in zwei Rubriken zu unterteilen. Es wurden zuerst acht allgemeine Fragen zu den Themen: Beurteilung und Nutzung von Werbung und derer Produkte sowie Schönheitsideale und Vorbilder. Fünf der Fragen dieser Rubrik waren dichotom (*ja, nein*) zu beantworten.

Beispiele zur Nutzung von Werbung:

1. Nützen Sie Werbung aktiv um sich über bestimmte Produkte zu informieren?
2. Werbungen von diversen Produkten sind mir ungeheuer wichtig.

Drei Fragen dieser Rubrik geben die Möglichkeit einer Mehrfachantwort:

Beispiel:

Welche Aussagen treffen Ihrer Meinung nach auf Werbung zu?

- | | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|--|---------------------------------------|
| ☐ langweilig | ☐ informativ | ☐ manipulierend | ☐ aufdringlich |
| ☐ unterhaltsam | ☐ notwendig | ☐ nervend | |

Der zweite Teil des letzten Online-Fragebogen-Abschnittes behandelt Plakatsujets. Dazu wird im Anschluss an die zuvor beschriebenen Fragen ein Werbebild vorgelegt und anschließend Fragen zur Wahrnehmung und Bewertung des Produktes sowie der dargestellten Personen gestellt. Dieser Vorgang wird mit drei Produktsujets wiederholt. Die Bewertung der vorliegenden Plakatmotive konnte in einem dichotomen Antwortformat (*ja, nein*) vorgenommen werden. Es wurden unterschiedliche Plakatsujets der jeweiligen Marken ausgewählt, welche auf deren offiziellen Homepage sichtbar sind. Jeweils fünf Items wurden zum Kaufverhalten vorgegeben, woraus jeweils ein Index berechnet werden konnte. Die Reliabilitätsanalysen zu den drei interessierenden Produktsujets ergeben für das Kauf- und Verwendungsverhalten jeweils befriedigende Cronbach-Alpha-Koeffizienten (*Activia*: .65, *Dulcolax*: .74, *Schärdinger*: .81; N = 187).

Beispiel zur Beurteilung von Werbebildern:



48. Gefallen Ihnen diese Plakate? ☐ Ja ☐ Nein

49. Finden Sie die abgebildete Personen attraktiv? ☐ Ja ☐ Nein

50. Finden sie die abgebildete Person schlank? ☐ Ja ☐ Nein

51. Kennen Sie die dargestellte Marke bzw. die Produkte? ☐ Ja ☐ Nein

52. Haben Sie schon einmal ein Produkt von dieser Marke gekauft? ☐ Ja ☐ Nein

53. Kaufen Sie regelmäßig Produkte dieser Marke ein? ☐ Ja ☐ Nein

54. Verwenden Sie Produkte dieser Marke regelmäßig? ☐ Ja ☐ Nein

55. Haben Sie aufgrund der Werbung dieses Produkt gekauft? ☐ Ja ☐ Nein

Abb. 3: Screen-Shot aus dem selbst zusammengestellten Fragebogen

3.2.3. Akquise der Testpersonen

Ziel der Untersuchung war es, genügend Testpersonen, sowohl mit als auch ohne Essstörungen zu befragen. Mehrere Arten der Akquise kamen zum Einsatz. Zum einen wurden Testpersonen per E-Mail verständigt und zum anderen wurde der Link zum Online-Fragebogen in Foren gepostet, immer mit einem entsprechenden Einleitungstext zur Erklärung der Studie.

Der Online-Fragebogen wurde ad-hoc weitergeleitet und verteilt und zusätzlich in den folgenden vier Foren für Menschen mit Essstörungen online gestellt:

- <http://ess-stoerungen.argh-it.de/>
- <http://www.essprobleme.com/>
- <http://www.bulimie.at>
- http://www.gofeminin.de/forum/show1_f103_1/gesundheit/essstoerungen-anorexie-magersucht-bulimie.html

3.2.4. Ausfüllverhalten und Stichprobenbeschreibung

Insgesamt haben 306 Testpersonen begonnen, den Online-Fragebogen zu beantworten, 239 davon haben ihn bis zur letzten Frage fertig ausgefüllt. Das entspricht einer Rücklaufquote von 78,1%. Drei Männer wurden aus diesen 239 Testpersonen ausgeschlossen und nicht miteinbezogen, das Geschlecht wird in der Datenanalyse somit zu einer Konstanten, somit verbleiben $N = 236$ Testpersonen. Durch die Selbstbeschreibung des Vorhandenseins einer Essstörung und dem Fragebogenteil Essverhalten konnten zwei eindeutige Gruppen gebildet werden: Frauen *mit* und *ohne* Essstörungen. Der Zusammenhang zwischen der Frage des Vorliegens einer Essstörung und dem Essverhalten ist mit $\chi^2 (1) = 81.43, p < .001$ signifikant. Es ergeben sich 112 Frauen mit Essstörungen und 75 ohne Essstörungen. Bei 49 Frauen ist das Vorliegen einer Essstörung aufgrund der beantworteten Items unsicher, diese wurden aus den Berechnungen ausgeschlossen. Die Gesamtstichprobe beträgt schließlich $N = 187$, das entspricht 79,2% die durch den Mediansplit und aus dem Fragebogenteil Essverhalten identifiziert werden konnten.

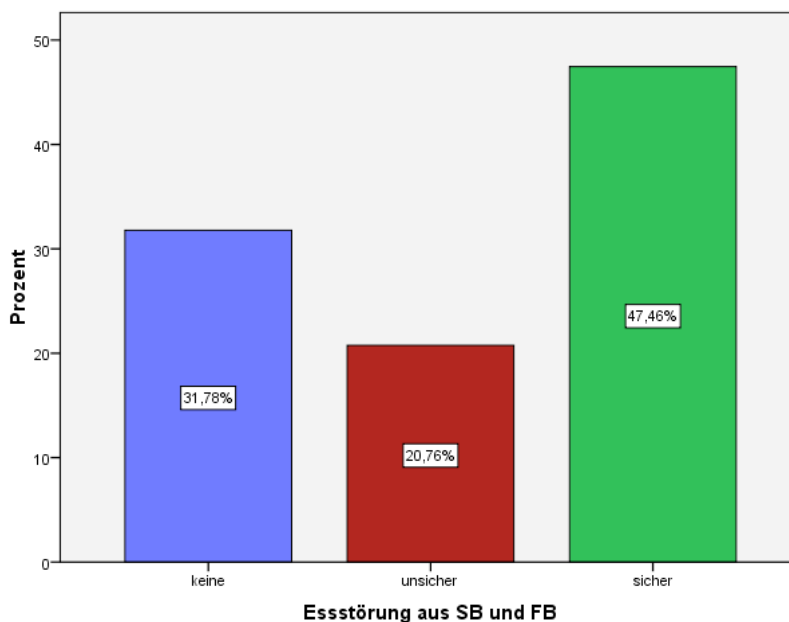


Abb. 4: Essstörungen, gebildet aus Selbstbeschreibung und Fragebogenteil Essverhalten

Die Beantwortung des Fragebogen nahm durchschnittlich 10 Minuten ($SD = 4.01$) in Anspruch. Extremwerte von vier Personen wurden aus dieser Berechnung ausgeschlossen.

3.2.4.1. Stichprobenbeschreibung

Die Stichprobe besteht aus $N = 187$ weiblichen Testpersonen. Das Alter wurde in fünf Kategorien erfasst. Abbildung 1 zeigt die Häufigkeitsverteilung des Alters von der gesamten Stichprobe in Prozent. Wie man aus dem untenstehenden Diagramm (Abbildung 1) ablesen kann haben Frauen zwischen 21 und 30 Jahren, nämlich 95 Personen (50,8%), den Fragebogen am häufigsten ausgefüllt. An zweiter Stelle kommen Frauen zwischen 15 und 20 Jahren, nämlich 55 Personen (29,4%).

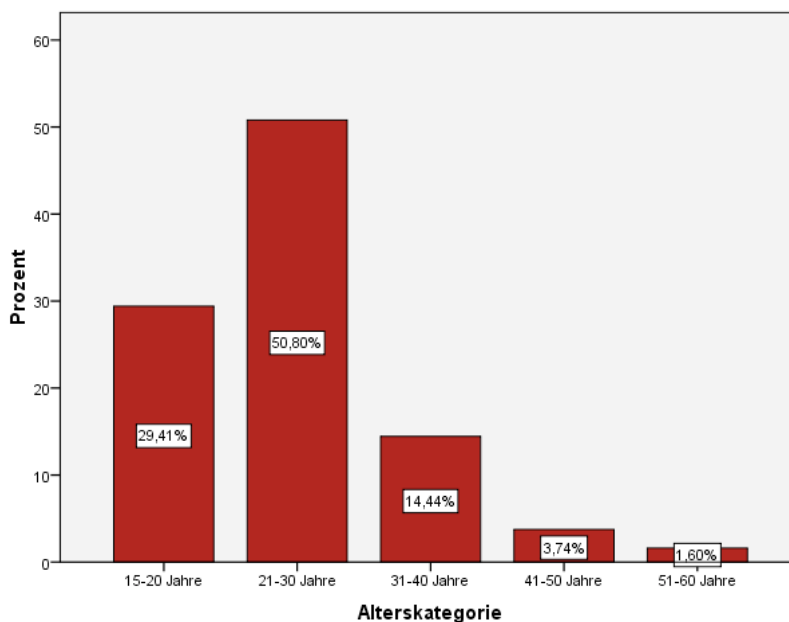


Abb. 5: Häufigkeitsverteilung des Alters der gesamten Stichprobe

Von den insgesamt 187 Testpersonen gaben 75 Personen an, dass sie keine Essstörung aufwiesen und 112 Personen gaben an, eine Essstörung zu haben. In Abbildung 6 werden die Anteilswerte in Prozent dargestellt.

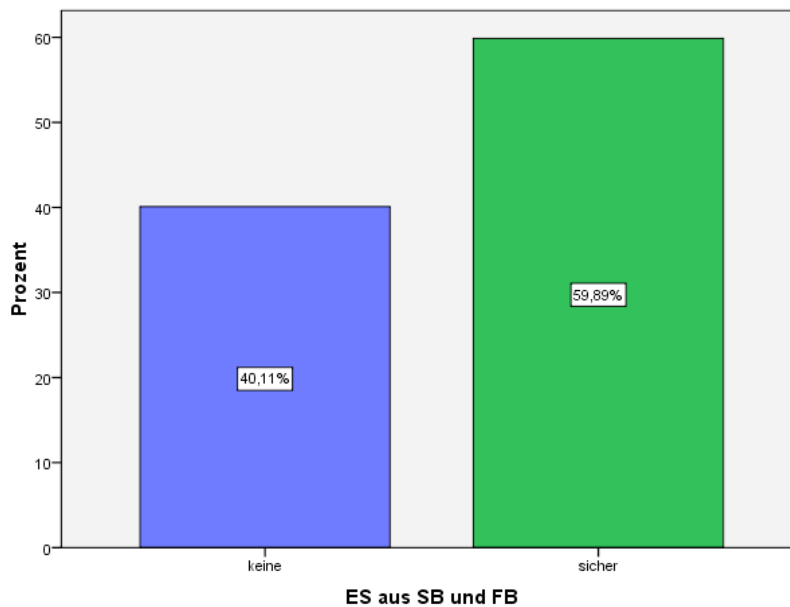


Abb. 6: Häufigkeitsverteilung der Testpersonen mit und ohne Essstörung

Wie schon in der Literatur herausgearbeitet, können sich mehrere Essstörungen bei einer Person überschneiden. Somit hatten die Testpersonen beim Ausfüllen des Fragebogens die Möglichkeit zwischen der Angabe einer oder mehrerer Essstörungen zu wählen. Es gab aber auch die Möglichkeit eine andere Form der Essstörung zu wählen, welche mit „andere“ anzukreuzen war.

Von den 112 Testpersonen mit Essstörungen, gaben 93 an, eine oder mehrere spezifische Essstörung zu haben (Anorexie, Bulimie, Binge Eating Disorder) und 19 Testpersonen gaben an, sie hätten eine andere Form von Essstörung. Mit „andere“ Essstörungen sind nicht klassische Formen von Essstörungen gemeint, ebenso nicht klassifizierte und nicht angegebene Formen von Essstörungen. In Abbildung 7 wird die Häufigkeitsverteilung der Testpersonen mit spezifischen und „anderen“ Essstörungen in Prozent dargestellt.

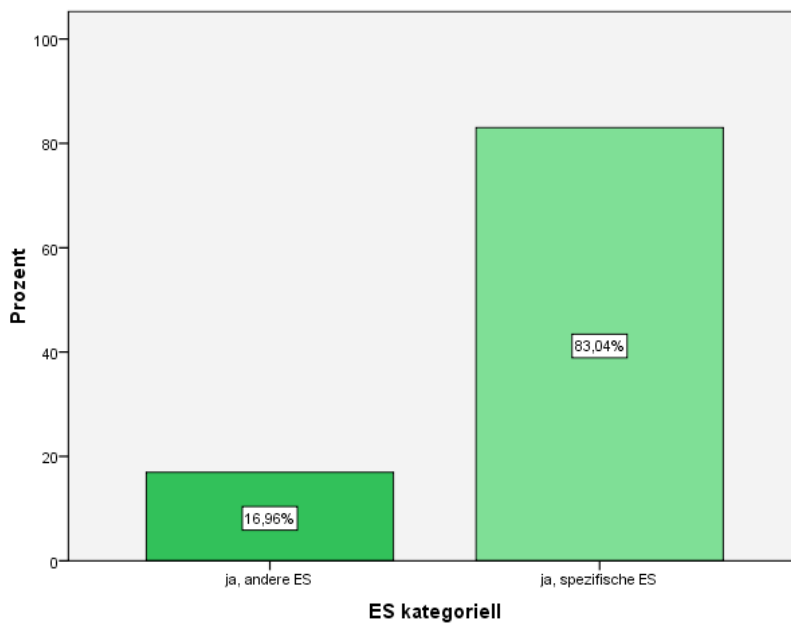


Abb. 7: Häufigkeitsverteilung von Frauen in der Stichprobe *mit* Essstörungen

Weiters gaben von den 112 Testpersonen mit einer oder mehreren spezifischen Essstörungen 65 Personen an, sie hätten unter anderem Bulimie, 47 Personen hätten Anorexie und 10 Personen hätten eine Esssucht (*BED*), wobei die Mehrfachangabe nicht vergessen werden darf. Abbildung 8 zeigt die Häufigkeitsverteilung in Prozent an. Wie man aus dem untenstehenden Diagramm erkennen kann, ist Bulimie mit 69,9% am stärksten vertreten.

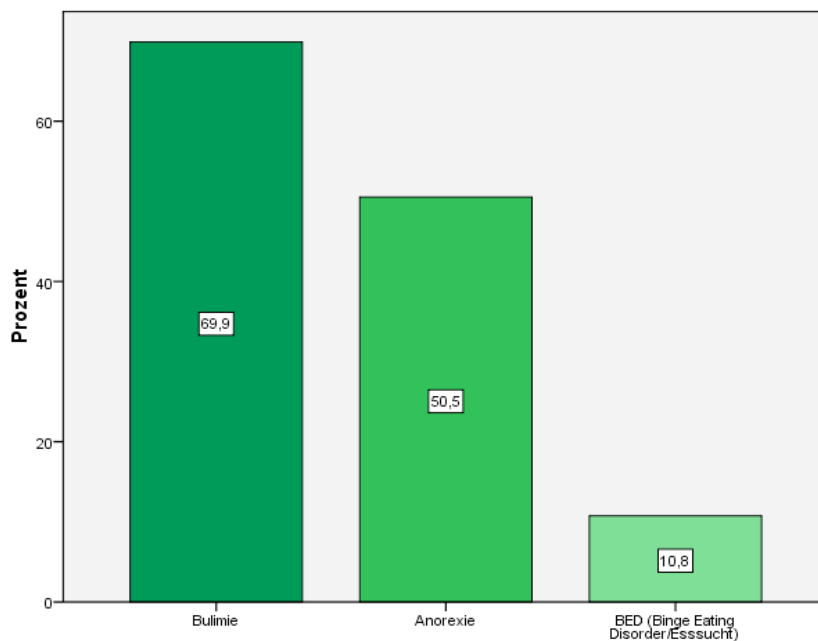


Abb. 8: Häufigkeitsverteilung von Bulimie, Anorexie und Binge Eating Disorder

Die Befragung zum Familienstand der Testpersonen der gesamten Stichprobe ergab, dass 137 (58,0%) Personen ledig sind. 29,7% leben in einer festen Beziehung und 11% sind verheiratet (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Familienstand der gesamten Stichprobe

Familienstand	N	%
<i>ledig</i>	110	58,8
<i>verheiratet</i>	24	12,8
<i>In einer festen Beziehung</i>	50	26,7
<i>geschieden</i>	3	1,6
Gesamt	187	100,0

Im darunter stehenden Diagramm (Abbildung 9) sind die Häufigkeiten in entsprechenden Prozentsätzen dargestellt.

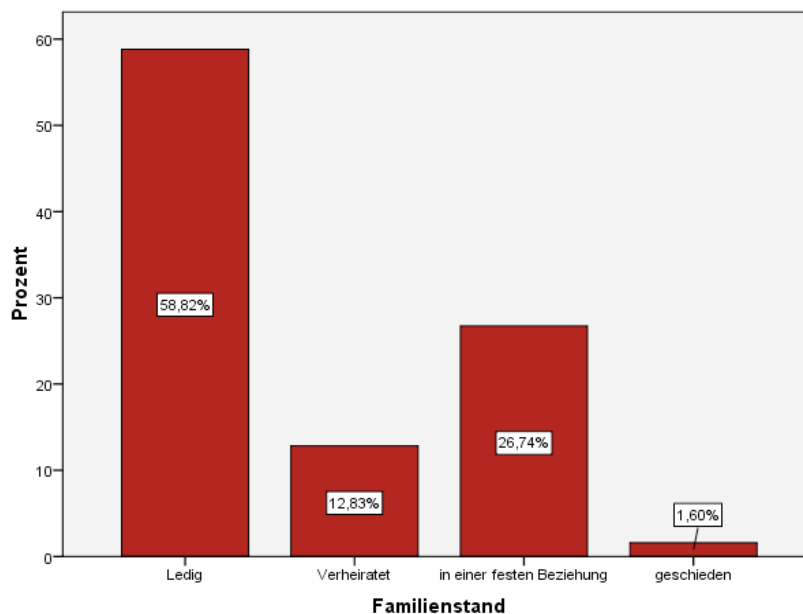


Abb. 9: Häufigkeitsverteilung Familienstand in Prozent

Ebenso wurde erfasst, in welcher Alterskategorie die Testpersonen Kinder haben. Von 187 Testpersonen geben 164 (87,7%) Personen an, keine Kinder zu haben.

23 (12,3%) Frauen haben Kinder, wobei die exakte Kinderanzahl pro Person nicht erhoben wurde.

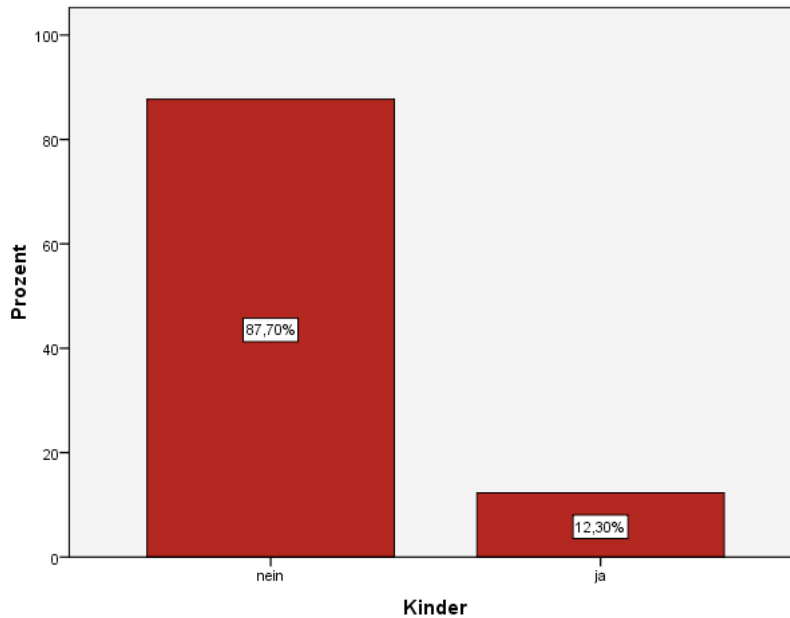


Abb. 10: Häufigkeitsverteilung der Gesamtstichprobe- „Ich habe Kinder“

Hinsichtlich der Konfession zeigt sich, dass die Befragten mehrheitlich mit 50,3% dem Katholischen Glauben angehören. 45 (24,1%) Personen gaben an evangelisch zu sein und 35 (18,7%) gaben an konfessionslos zu sein.

Tabelle 6: Verteilung der Konfessionen der Gesamtstichprobe

Konfession	N	%
<i>katholisch</i>	94	50,3
<i>evangelisch</i>	45	24,1
<i>jüdisch</i>	3	1,6
<i>moslemisch</i>	1	0,5
<i>buddhistisch</i>	-	-
<i>konfessionslos</i>	35	18,7
<i>andere</i>	9	4,8
Gesamt	187	100,0

Die Anteilswerte zu den beobachteten Konfessionen sind aus Abbildung 11 zu entnehmen.

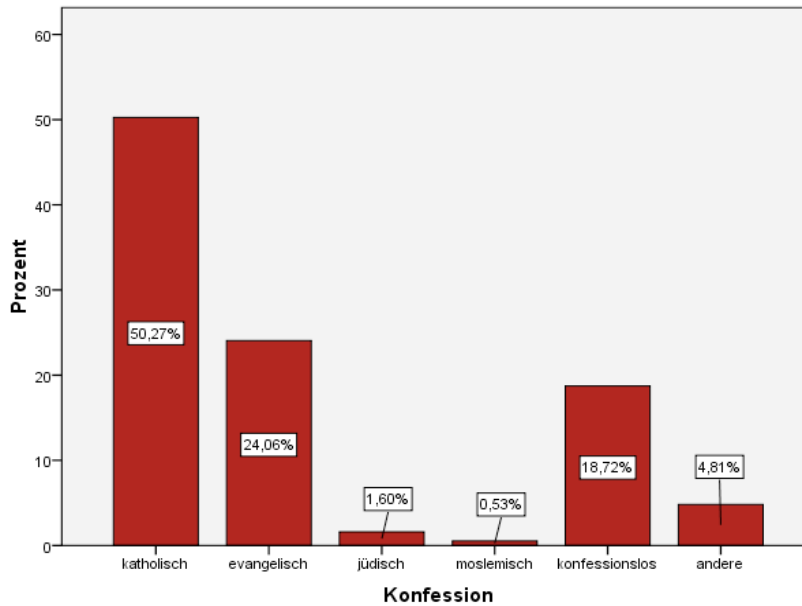


Abb. 11: Häufigkeitsverteilung der Konfessionen der Gesamtstichprobe

Hinsichtlich der Ausbildung der Gesamtstichprobe $N = 187$ zeigt sich, dass die Mehrheit der Testpersonen eine Matura (44,4%) oder eine akademische Ausbildung (26,2%) absolviert hat (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7: Ausbildung der Gesamtstichprobe

Ausbildung	N	%
<i>Pflichtschule</i>	11	5,9
<i>Lehre</i>	12	6,4
<i>Berufsbildende Schule</i>	5	2,7
<i>Mittlere Schule</i>	15	8,0
<i>Matura</i>	83	44,4
<i>Akademische Ausbildung</i>	49	26,2
<i>Andere Ausbildung</i>	12	6,4
Gesamt	187	100,0

Über zwei drittel der Gesamtstichprobe (70,6%) zeigen eine überdurchschnittliche Ausbildung (siehe Abbildung 12).

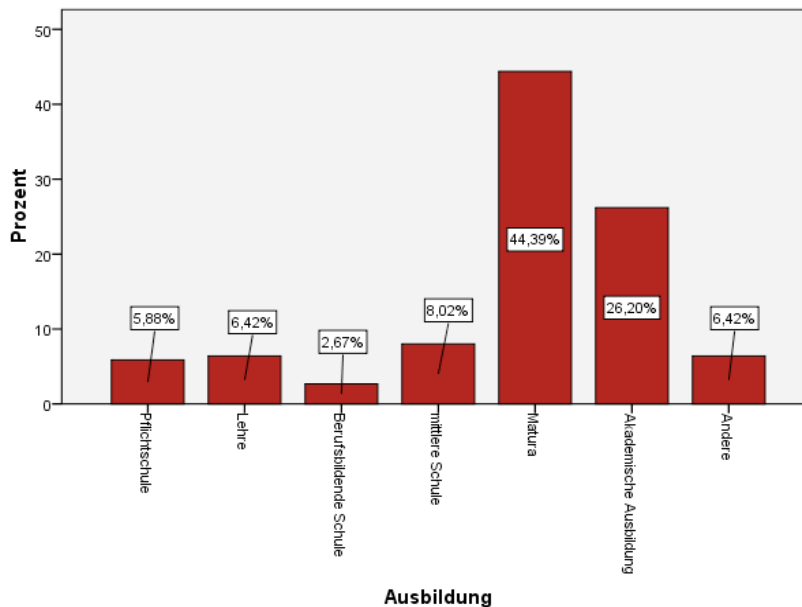


Abb. 12: Häufigkeitsverteilung der Ausbildung (Gesamtstichprobe)

3.3. Ergebnisse:

3.3.1. Soziodemographische Daten von Frauen mit und ohne Essstörungen

- H1: Frauen mit Essstörungen unterscheiden sich anhand ihrer soziodemographischen Daten von Frauen ohne Essstörungen.

3.3.1.1. Essstörungen und Alter:

Interessant ist der Vergleich des Alters von Frauen mit und ohne Essstörungen. Die Verteilung der Altersstufen ist nicht gleich.

Essstörungen gehören zu den wesentlichen modernen Frauenkrankheiten. Bis zu 5% der Mädchen und Frauen zwischen 14 und 35 Jahren leiden an einer dieser

Erkrankungen, insbesondere an einer Magersucht oder an einer Bulimie (Reich 2005).

Wie im Kapitel über die Diagnosekriterien der unterschiedlichen Essstörungen diskutiert und erwartet sind Frauen mit Essstörungen eher jünger. Das Ergebnis ist signifikant, die $H1_{1a}$ wird angenommen, jüngere Frauen sind eher essgestört.

Die Prüfgröße χ^2 (korr. nach Fisher) = 27.46 ist signifikant mit $p < .001$.

Abbildung 13 stellt die Anteilswerte des Alters von Frauen mit Essstörungen und ohne Essstörungen dar.

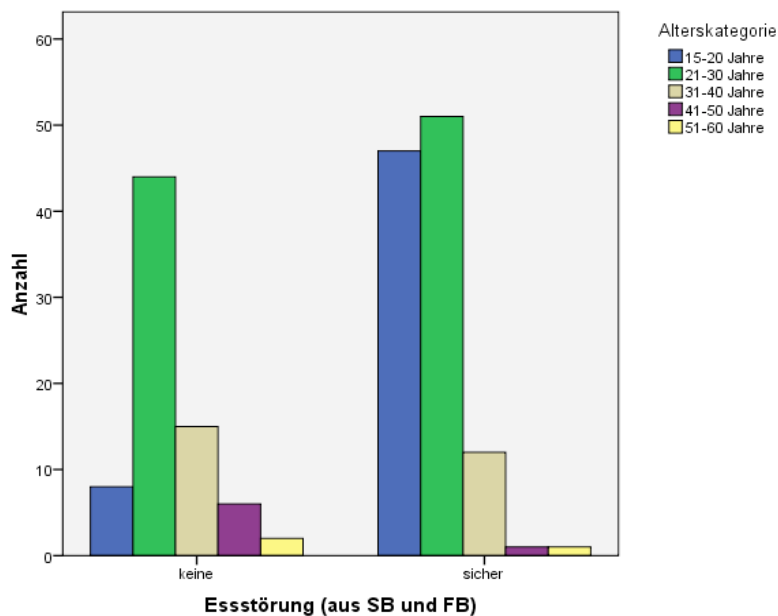


Abb. 13: Altersverteilung von Frauen mit und ohne Essstörungen

3.3.1.2. Essstörungen und BMI

In Kapitel 2.1. wurde die Wichtigkeit des BMI herausgearbeitet. Aus den bei der Befragung erhobenen Daten für Körpergewicht und Körpergröße wurde der *Body Mass Index*, $BMI = \text{Körpergewicht kg} : \text{Körpergröße (m)}^2$ (siehe Kapitel 2.1.) jeder Testperson berechnet. Bei beiden Gruppen (Frauen mit und ohne Essstörungen) sind Ausreißer vorhanden.

Tabelle 8: Mittelwerte und Standardabweichung des BMI

Essstörung	Nein	Ja
MW	20.92	20.35
SD	2.78	4.39

Da der Kolmogorov-Smirnov-Test jeweils signifikant ausfällt, wird der U-Test nach Mann & Whitney berechnet. Die Prüfgröße $z = -2.53$ fällt mit $p = .011$ signifikant aus. H_{1b} wird übernommen, Frauen mit Essstörungen haben einen niedrigeren BMI als Frauen ohne Essstörungen. Die entsprechende, standardisierte Effektgröße $d = 0.16$ fällt klein aus.

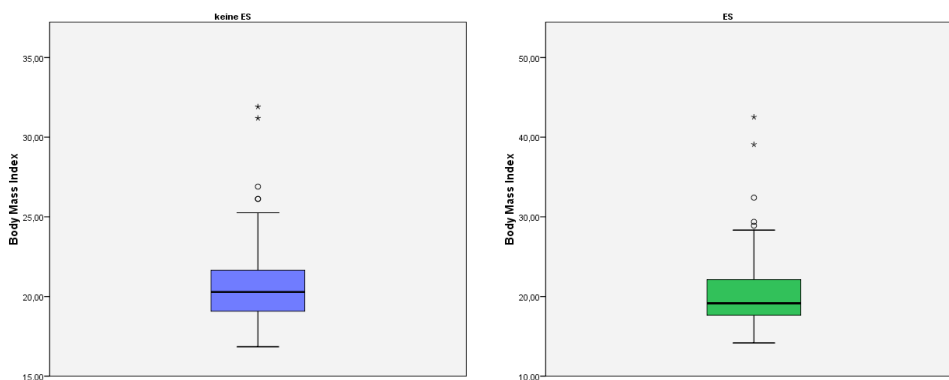


Abb. 14: Zusammenhang zwischen BMI und Essstörungen von Frauen mit und ohne Essstörungen

3.3.1.3. Essstörungen und Ausbildung

In Abhängigkeit zur Ausbildung gibt es einen Verteilungsunterschied zwischen den Gruppen Frauen mit und ohne Essstörungen. Der Verteilungsunterschied χ^2 (korr. nach Fisher) = 20.79 fällt mit $p = .001$ signifikant aus. Die H_{1c} wird übernommen, Frauen mit höherem Bildungsniveau haben seltener eine Essstörung, die Anderen Kategorien sind dabei unauffällig. Wie man aus Abbildung 11 erkennen kann, verhalten sich alle Ausbildungsstufen gleich, bis auf die akademische Ausbildung. Mehr Frauen mit einer akademischen Ausbildung leiden unter keiner Essstörung.

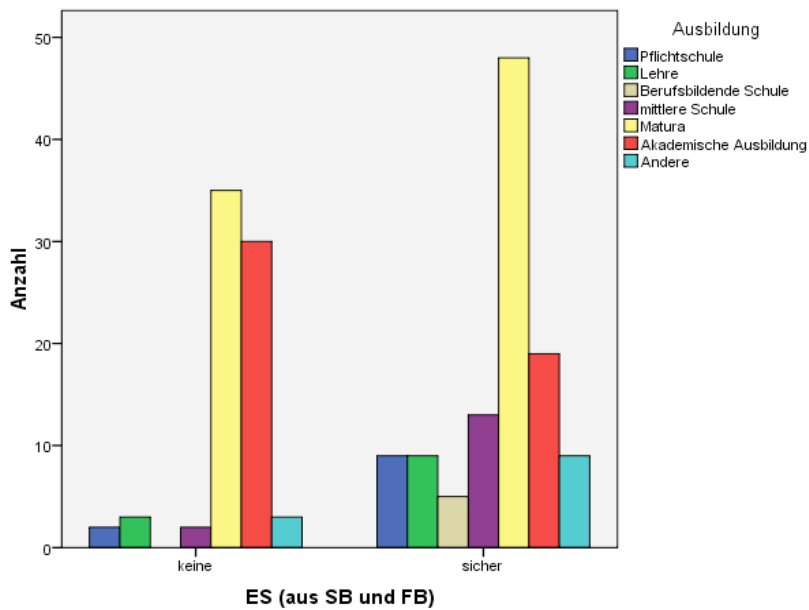


Abb. 15: Häufigkeitsverteilung der Ausbildung von Frauen mit und ohne Essstörungen

3.3.1.4. Essstörungen und Konfession

In der Geschichte der Entwicklung von Essstörungen wurde in Kapitel 2.1.3.3. auf verschiedenen religiöse Maßnahmen (z.B. Fasten) eingegangen. Bei der Online-Befragung wurde die Konfession der Teilnehmer erhoben. Die ausgewerteten Daten zeigen, dass Frauen mit katholischem Glauben eher keine Essstörung haben (65,3%), hingegen Frauen mit evangelischen Glauben (32,1%) oder ohne Konfession (22,3%) haben eher eine Essstörung. Die H_{1d} wird übernommen, es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Konfession und Essstörungen laut χ^2 (korr. nach Fisher) = 20.93, $p < .001$. Tabelle 9 zeigt die Häufigkeitsverteilung in Prozent an.

Tabelle 9: Häufigkeitsverteilung der Konfessionen bei Frauen mit und ohne Essstörungen

Essstörung	<i>Nein</i>		<i>Ja</i>	
Konfession	N	%	N	%
<i>Katholisch</i>	49	65,3	45	40,2
<i>Evangelisch</i>	9	18,0	36	32,1
<i>Jüdisch</i>	3	1,2	0	,0
<i>Moslemisch</i>	1	1,3	0	,0
<i>Buddhistisch</i>	0	,0	0	,0
<i>Konfessionslos</i>	10	13,3	25	22,3
<i>Andere Konfession</i>	3	4,0	6	5,4
Gesamt	75	100,0	112	100,0

Aus Abbildung 16 sind die Anzahlswerte der Konfessionen von Frauen mit und ohne Essstörungen zu entnehmen.

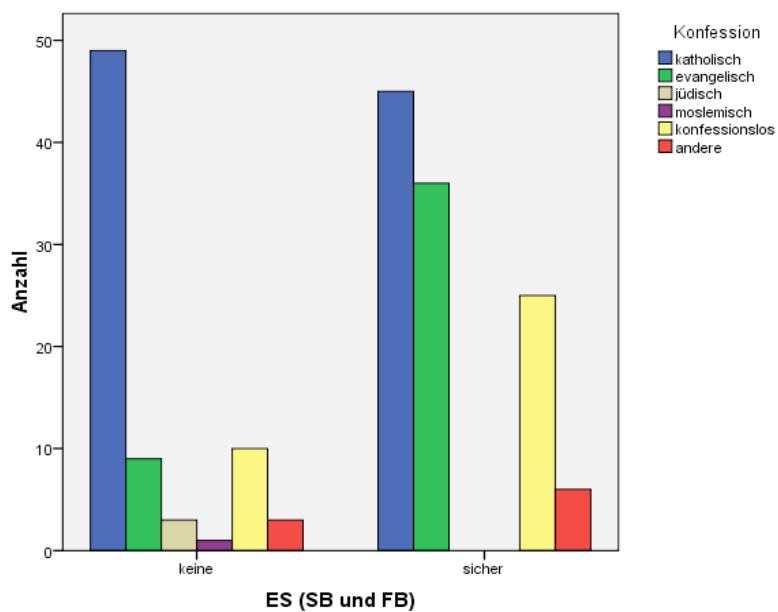


Abb. 16: Verteilung der Konfessionen von Frauen mit und ohne Essstörungen

3.3.1.5. Essstörungen und Familienstand:

Wie begünstigt der Familienstand eine Essstörung? Die Auswertung der erhobenen Daten zeigt, daß in einer Beziehung lebende Frauen mit 53,3% anteilmäßig seltener eine Essstörung haben. Nach χ^2 (korr. nach Fisher) = 10.98, $p = .007$ fällt das Ergebnis signifikant aus. Dies läßt sich aus Abbildung 17 herauslesen, man erkennt dass mit 65,9% Frauen mit Essstörungen häufiger ledig sind. Die $H1_{1e}$ wird übernommen, Frauen mit Essstörungen unterscheiden sich hinsichtlich ihres Familienstandes signifikant.

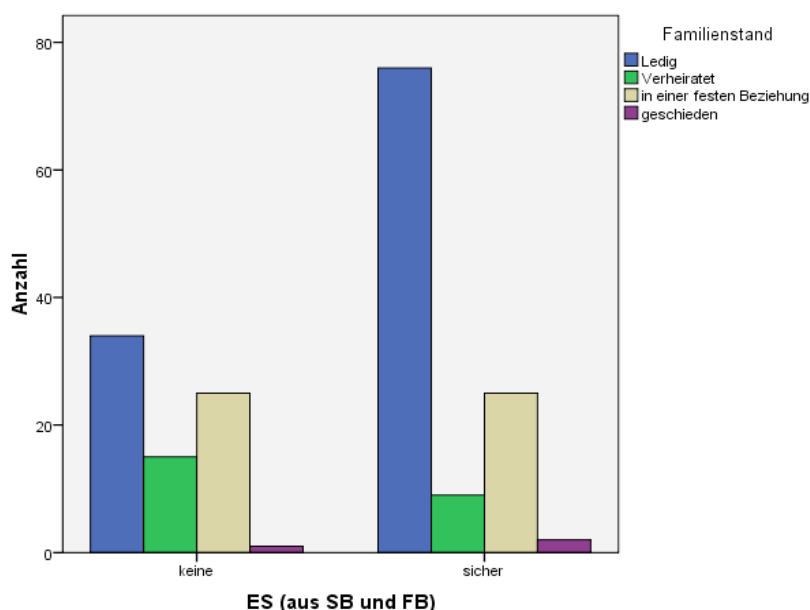


Abb. 17: Verteilung des Familienstandes bei Frauen mit und ohne Essstörungen

3.3.1.6. Essstörungen und Kinder haben:

Wie entscheidend es ist, Kinder zu haben um keine oder eine Essstörung zu haben kann durch die Auswertung der Frage „Ich habe Kinder“ beantwortet werden. Die Auswertung ergibt bei $\chi^2 (1) = 1.59$, $p = .207$ ein nicht signifikantes Ergebnis. $H1_{1f}$ wird zurückgewiesen, es besteht kein Zusammenhang zwischen Frauen die Kinder haben oder keine Kinder haben und dem Vorhandensein von Essstörungen, beide Variablen sind unabhängig.

3.3.2. Die Einstellung zum Essverhalten

- H₁₂: Frauen mit Essstörungen beschäftigen sich mehr mit dem Thema Essen und Aussehen als Frauen ohne Essstörungen (und lassen sich leichter beeinflussen).

Der zweite Teil des Online-Fragebogen beschäftigt sich mit der Einstellung zum Essverhalten. In Kapitel 2.1. wird durch die Aussagen von Buchholz (2001) & Baeck (2007) sowie durch das ICD-10 die Wichtigkeit des Essverhaltens bei Frauen mit Essstörungen aufgezeigt, sie beschäftigen sich ständig mit dem Thema Nahrung.

Wie erwartet beantwortet Frauen mit Essstörungen die gestellten Fragen häufiger mit „Ja“ als Frauen ohne Essstörungen. Man kann durch diese zwischen Menschen mit und ohne Essstörungen unterscheiden. Wie man aus Abbildung 18 erkennen kann, erzielen Frauen mit Essstörungen von den maximal 14 erreichbaren Punkten mehr Punkte (mehrere Ja-Antworten) als Frauen ohne Essstörungen. Somit werden Personen mit vielen „Ja-Antworten“ Frauen mit Essstörungen eingeteilt. Die H₁₂ wird angenommen, Frauen mit Essstörungen beschäftigen sich mehr mit dem Thema Essen und Aussehen als Frauen ohne Essstörungen.

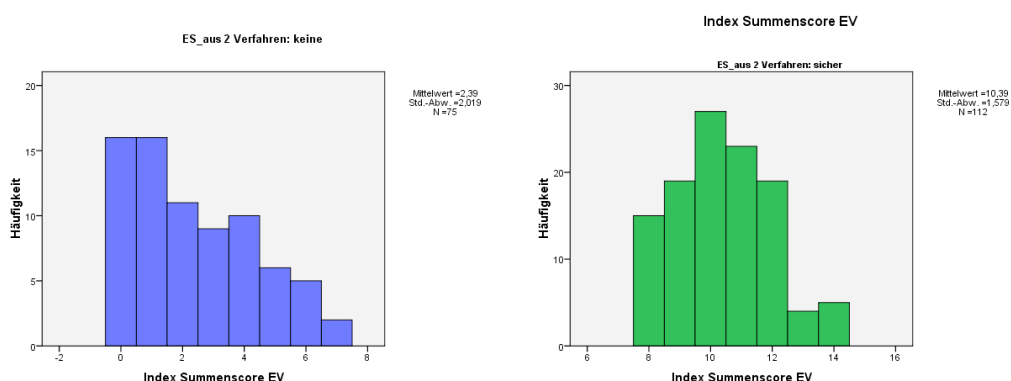


Abb. 18: Summenscore von Frauen ohne Essstörungen und Frauen mit Essstörungen

3.3.3. Die Körperwahrnehmung in Bezug zu Werbebildern und Modelfotos

- H1₃: Frauen mit Essstörungen haben eine signifikant unterschiedliche Körperwahrnehmung und ein anderes Körperbild als Frauen ohne Essstörungen.
- H1_{3a} Frauen mit Essstörungen nehmen ihren Körper und den anderer verzerrt wahr, als Frauen ohne Essstörungen.
- H1_{3b}: Frauen mit höherem BMI haben eine andere Körperwahrnehmung als Frauen mit niedrigeren BMI.

Der dritte Teil der Befragung beschäftigt sich mit der Körperwahrnehmung und der Ästhetik. Die 11 Modelfotos werden von den Testpersonen bewertet. Hier geht es um den Vergleich der Körperwahrnehmung zwischen Frauen mit und ohne Essstörungen. Ein niedriger Wert entspricht eher Frauen mit, ein hoher Wert eher ohne Essstörungen. Ein Imagescore wurde berechnet, je niedriger dieser Score ist, umso dicker werden die Personen auf den Bildern empfunden. Je höher der Score ist, umso schlanker werden die dargestellten Personen bewertet. In den beiden Gruppen weist die Imagescore keine Normalverteilung auf, daher wird der Vergleich mit einem U-Test nach Mann & Whitney berechnet. Die Prüfgröße $z = -4.74$ fällt bei $p < .001$ signifikant aus, die H1_{3a} wird übernommen, Frauen mit Essstörungen nehmen ihren Körper und anderer unterschiedlich wahr. Das heißt, dass Frauen mit Essstörungen diese Imageskala kritischer beurteilen, die dargestellten Models erscheinen ihnen dicker als Frauen ohne Essstörungen.

Vergleicht man den BMI mit dem Imagescore der Testpersonen, so ergibt Spearman's $R = .351$, $p < .001$ eine signifikante Korrelation ($N = 187$). Die H1_{3b} wird übernommen, es gibt einen leichten Zusammenhang zwischen BMI und Imagescore. Je höher der BMI einer Testperson ist, desto dünner wurde die dargestellte Person bewertet. Wie in Abbildung 19 ablesbar, zeigt sich umso höher der Imagescore, desto höher auch der BMI.

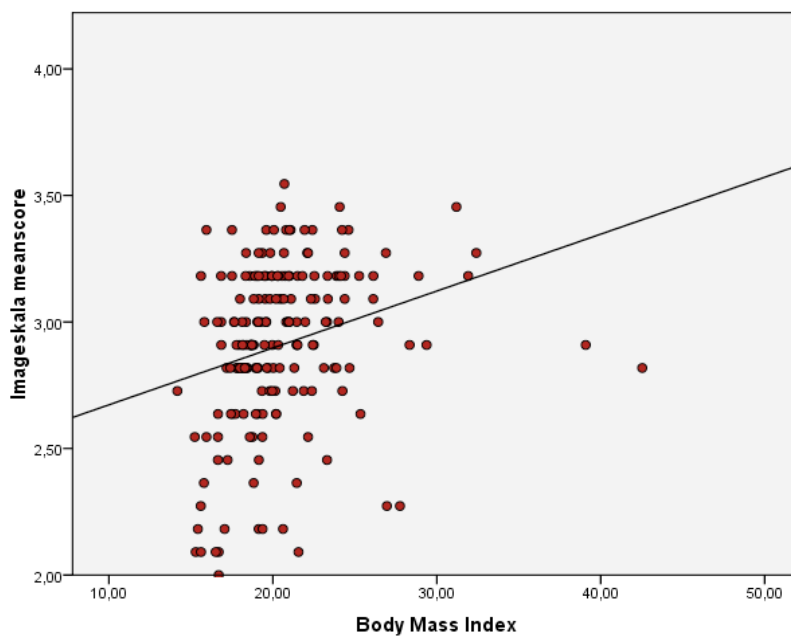


Abb. 19: Streudiagramm- Vergleich von BMI und Imageskala

Eines der 11 Bilder beinhaltete drei weitere Fragen. Haben die zwei Gruppen (Frauen mit und ohne Essstörungen) bezüglich der Ästhetik unterschiedlich reagiert?

Die Auswertung dieses zur Einschätzung der ästhetischen Aspekte soll nun im folgenden dargestellt werden:

Die Testpersonen sollten beurteilen, ob sie das dargestellte Model schön, hässlich, ekelhaft oder normal empfinden. Die Auswertung dieses Ratings mittels Mann & Whitney-Test ergibt, dass Frauen mit Essstörungen die Bilder unter Berücksichtigung von Schönheit und Ästhetik strenger beurteilten (mittlerer Rang: 107.76), als Frauen ohne Essstörung (mittlerer Rang: 73.45). Das Ergebnis fällt mit $z = -4.64$, $p < .001$ signifikant aus. Die H_{13c} wird übernommen, Frauen mit Essstörungen beurteilen Ästhetik und Schönheit anders als Frauen ohne Essstörungen.

Eine Frage des Online-Fragebogens lässt die Testpersonen anhand eines Modelfotos beurteilen, ob sie gerne wie die dargestellte Person aussehen würden oder nicht (1 = Ich möchte niemals so aussehen, 2 = Ich sehe so aus wie die

dargestellte Person, 3 = Ich würde gerne so aussehen, 4 = Weder noch). Hier ergab die Analyse der Daten auf Grundlage einer Kreuztabelle mittels Chi-Quadrat-Testung, dass ein Verteilungsunterschied in der Bewertung anzunehmen ist, abhängig vom Status einer vorhandenen oder nichtvorhandenen Essstörung. Die entsprechende Prüfgröße fällt mit $\chi^2(3) = 31.31$, $p < .001$ signifikant aus. Frauen mit Essstörungen lehnen die relativ ästhetische Figur der dargestellten Person eher ab und bewerten sehr kritisch. Hingegen befürworten Frauen ohne Essstörungen öfter als erwartet die Aussage „Ich würde gerne so aussehen wie die dargestellte Person“. Der Zusammenhang zwischen der Beurteilung und Frauen mit und ohne Essstörung kann durch das Assoziationsmaß Cramer's-V = .409 angegeben werden. Die H_{13d} wird übernommen, Frauen mit Essstörungen wollen eher so aussehen wie das dargestellte Model als Frauen ohne Essstörungen.

Die dritte und letzte Frage zu dem einen Bild soll die Beurteilung eines idealen, perfekten Körpers erfassen (Statement: „Das ist ein perfekter Körper“ – nein, ja, weder noch). Das Ergebnis fällt mit $\chi^2(2) = 19.22$, $p < .001$ signifikant aus. Cramer's V = .32 zeigt diesen Zusammenhang. Frauen ohne Essstörungen sind eher positiv eingestellt und befürworten die Aussage mit 20,0%, hingegen bewerten nur 2,7% das Bild der Frauen mit Essstörung positiv. Frauen mit Essstörungen beurteilen die dargestellte Person zu 82,1% negativ, dass sie keinen perfekten Körper habe. Die H_{13e} wird übernommen, Frauen mit Essstörungen bewerten Körperbilder negativer als Frauen ohne Essstörungen.

3.3.4. Die Beurteilung von Werbebildern

- H1₅: Frauen mit Essstörungen beziehen ihre Vorbilder aus der Öffentlichkeit.
- H1₆: Frauen mit Essstörungen nutzen Werbung gezielter und aufmerksamer als Frauen ohne Essstörungen.
- H1₇: Frauen mit Essstörungen lassen sich durch Werbebilder hinsichtlich ihres Kaufverhaltens leichter beeinflussen.

Der vierte und letzte Teil des Online-Fragebogens beschäftigt sich mit der Beurteilung von Werbung. Die Reliabilitätsanalyse der Werbeskala weist eine nicht einheitliche Beantwortung der Items auf, deshalb können diese nicht zu einer Skala zusammen gefasst werden. Drei Fragen zur Produktwerbung werden getrennt ausgewertet:

Die Kreuztabellen zu den drei Items zeigen unter Berücksichtigung des Vorhandenseins einer Essstörung, dass Frauen ohne Essstörung Werbung aktiver nutzen, um sich über bestimmte Produkte zu informieren. Die entsprechende Prüfgröße fällt mit $\chi^2(1) = 6.23$, $p = .013$ signifikant aus, die H1₆ wird angenommen, allerdings nutzen Frauen ohne Essstörungen Werbung aktiver als Frauen mit Essstörungen.

Die Frage ob Werbung von Produkten einen besonderen Stellenwert hat, lehnen Frauen mit und ohne Essstörung insgesamt zu 89,3% ab, es gibt keinen Verteilungsunterschied. Ebenso lehnen beide Gruppen 93,0% die Aussage ab, dass die in den Werbungen dargestellten Personen in der Realität so aussehen.

Die Befragung zur Befolgung von Diätvorschlägen aus diversen Zeitschriften fällt eindeutig aus. Diätpläne finden bei Frauen mit Essstörungen eher Zustimmung (45,5%) im Gegensatz zu Frauen ohne Essstörungen (22,7%), es besteht ein Verteilungsunterschied. Das Ergebnis fällt mit $\chi^2(1) = 10.15$, $p = .001$ signifikant aus, die H1_{6b} wird übernommen, Frauen mit Essstörungen lassen sich leichter beeinflussen. Aus Abbildung 20 können die entsprechenden Anteilswerte entnommen werden.

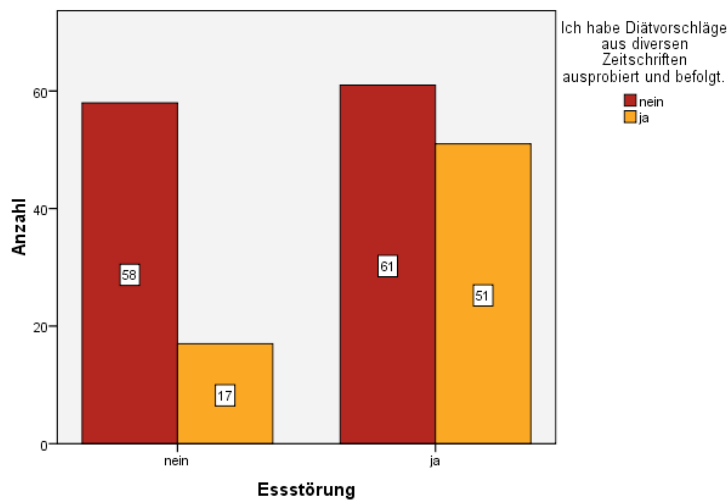


Abb. 20: Verteilungsunterschied (absolute Häufigkeiten) der befolgten Diätpläne bei Frauen mit und ohne Essstörungen

Bei der Analyse der Aussage, ob die Testpersonen Schönheitsidealen nacheifern, fällt das Ergebnis ebenso eindeutig aus. Frauen mit Essstörungen (53,6%) stimmen zu, diesen Idealen nachzueifern, während 32,1% der Frauen ohne Essstörung zustimmen. Das Ergebnis fällt mit $\chi^2(1) = 13.28$, $p < .001$ signifikant aus, die $H1_{5a}$ wird übernommen, Frauen mit Essstörungen eifern Schönheitsidealen eher nach als Frauen ohne Essstörungen.

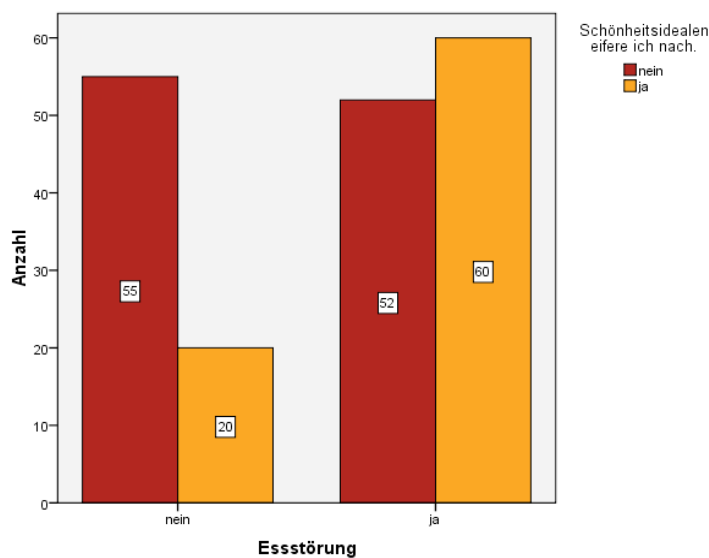


Abb. 21: Verteilungsunterschied (absolute Häufigkeiten) zur Vorbildwirkung von Schönheitsidealen bei Frauen mit und ohne Essstörungen

Zur Analyse der Einstellung zu Werbung im Allgemeinen weisen die Ergebnisse darauf hin, dass insgesamt 80,7%, sowohl Frauen mit als auch ohne Essstörungen, Werbung als manipulierend empfinden. Ebenso fällt das Ergebnis hinsichtlich der Notwendigkeit von Werbung aus, insgesamt empfinden 18,7% Werbung als notwendig. Frauen mit und ohne Essstörungen empfinden Werbung als nervend (65,8%).

Bei der Bewertung dieser drei Eigenschaften von Werbung unterscheiden sich die beiden Gruppen nicht.

Frauen mit Essstörungen empfinden Werbung eher als langweilig (46,4%), während Frauen ohne Essstörungen zu 28,9% Werbung als langweilig beurteilen. Das Ergebnis fällt mit $\chi^2(1) = 7.41$, $p = .006$ signifikant aus.

Frauen ohne Essstörungen empfinden Werbung als eher informativ (37,3%) als Frauen mit Essstörungen (19,6%). Es besteht ein Verteilungsunterschied, das Ergebnis fällt mit $\chi^2(1) = 7.18$, $p = .007$ signifikant aus.

Ebenso empfinden Frauen ohne Essstörung Werbung als aufdringlich (50,7%), im Gegensatz zu Frauen mit Essstörungen (69,6%), die diese als aufdringlich empfinden. Das Ergebnis fällt mit $\chi^2(1) = 6.87$, $p = .009$ signifikant aus.

Das Ergebnis fällt hinsichtlich der Unterhaltsamkeit von Werbung mit $\chi^2(1) = 5.03$, $p = .025$ signifikant aus. Frauen ohne Essstörungen stimmen eher zu, Werbung als unterhaltsam zu empfinden (64,0%), während 47,3% der Frauen mit Essstörung dies angeben.

Die Befragung ob Stars und Schauspieler als Vorbilder genommen werden, zeigt eine Ablehnung von 72,2% insgesamt über beide Gruppen. Allerdings befürworten Frauen mit Essstörungen diese Vorbildwirkung häufiger (33,9%) als Frauen ohne Essstörungen (18,7%). Die Berechnung der entsprechenden Prüfgröße ergibt mit $\chi^2(1) = 5.21$, $p = .022$ einen Verteilungsunterschied. Die H_{15b} wird übernommen, Frauen mit Essstörungen beziehen ihre Vorbilder eher von Stars und Schauspielern als Frauen ohne Essstörungen.

56,0% der Frauen ohne Essstörungen beziehen ihre Vorbilder eher aus der Familie, dem Bekannten- und Freundeskreis, während 28,6% der Frauen ohne Essstörungen die Familie als Vorbildfunktion angeben. Das Ergebnis fällt mit $\chi^2(1) = 14.13$, $p < .001$ signifikant aus. Die $H1_{5c}$ wird übernommen, Frauen ohne Essstörungen beziehen ihre Vorbilder eher aus der Familie und dem Bekanntenkreis.

Im Gegensatz dazu geben Frauen mit Essstörungen an, ihre Vorbilder eher aus anderen Bereichen zu ziehen (47,3%). Das Ergebnis fällt mit $\chi^2(1) = 9.17$, $p = .002$ signifikant aus.

Beide Gruppen stimmen insgesamt zu 26,2% zu, ihre Vorbilder aus dem Fernsehen zu beziehen. Es gibt keinen Verteilungsunterschied bei Frauen mit und ohne Essstörungen.

Ebenso geben insgesamt beide Gruppen zu 24,1% an, ihre Vorbilder aus Magazinen zu beziehen, zu 15,5% aus Zeitungen und zu 35,8% aus Medien im Allgemeinen, es bestehen keine Verteilungsunterschiede zwischen den beiden Gruppen.

Zusammenfassend kann man aus der Analyse der Daten erkennen, dass beide Gruppen gleichermaßen verteilt ihre Vorbilder aus dem Fernsehen, Magazinen, Zeitungen und Medien beziehen.

Ein Unterschied besteht bei dem Bezug von Vorbildern aus der Werbung: Frauen mit Essstörungen beziehen ihre Vorbilder häufiger aus der Werbung (11,6%) als Frauen ohne Essstörungen (2,7%). Das Ergebnis fällt mit $\chi^2(1) = 4.87$, $p = .027$ signifikant aus. Die $H1_{5d}$ wird übernommen, Frauen mit Essstörungen beziehen ihre Vorbilder eher aus Werbungen als Frauen ohne Essstörungen.

Den Untersuchungsteilnehmerinnen wurden drei Produktgruppen (*Activia*, *Dulcolax* und *Schärdinger*) zur Bewertung vorgelegt, wobei einerseits das Kaufverhalten und andererseits die ästhetischen Aspekte der Produktpräsentation zu bewerten waren. Die Hypothese, dass das Kauf- und Verwendungsverhalten in den drei Produktgruppen in Abhängigkeit von der Gruppenzugehörigkeit (Essstörung *ja* oder *nein*) unterschiedlich angegeben wird.

Tabelle 10: Deskriptive Statistik zum Kaufverhalten

	Frauen ohne Essstörungen N = 75		Frauen mit Essstörungen N = 112		
	M	SD	M	SD	Sign.
<i>Activia</i>	2.17	1.22	2.26	1.17	.649
<i>Dulcolax</i>	0.84	0.75	1.80	1.43	< .001
<i>Schärdinger</i>	1.87	1.37	0.56	1.24	< .001

Die Verteilung der Daten in den Gruppen unterliegt jeweils nicht einer Normalverteilung ($p \leq .006$). Die Prüfung der Hypothese erfolgt mittels U-Test nach Mann & Whitney. Die beiden Gruppen unterscheiden sich im Kaufverhalten bei *Activia* nicht, während *Dulcolax* bei Frauen mit Essstörung signifikant häufiger verwendet und gekauft wird. *Schärdinger* hingegen wird von Frauen ohne Essstörungen häufiger verwendet und gekauft.

Das Produkt *Activia* weist bei der Attraktivitätseinschätzung jeweils keine Verteilungsunterschiede auf. Frauen mit und ohne Essstörung bewerten die Statements anteilig gleich. χ^2 fällt jeweils nicht signifikant aus ($p \geq .083$).

Das Produkt *Dulcolax* weist bei der Attraktivitätseinschätzung jeweils keine Unterschiede auf, während die Frage ob die abgebildeten Personen schlank seien von den Personen mit Ernährungsstörungen überzufällig häufig abgelehnt wird. Die Prüfgröße fällt mit $\chi^2(1) = 7.21$, $p = .007$ signifikant aus.

Das Produkt *Schärdinger* weist bei der Attraktivitätseinschätzung jeweils keine Verteilungsunterschiede aus. Die Produktbewertung unterscheidet sich in Abhängigkeit der Gruppen nicht, χ^2 fällt jeweils nicht signifikant aus ($p \geq .088$). Die $H1_7$ wird verworfen und die $H0_7$ wird übernommen. Frauen mit Essstörungen lassen sich durch Werbebilder hinsichtlich ihres Kaufverhaltens nicht leichter beeinflussen.

3.4. Diskussion der Ergebnisse und Ausblick

3.4.1. Diskussion der Ergebnisse

In Anlehnung an den theoretischen Teil dieser Arbeit wurden Fragestellungen herausgearbeitet und die zugehörigen Hypothesen formuliert, die mittels einer Online-Befragung beantwortet werden sollten. Im Anschluss werden diese mit den aus dem vorigen Kapitel dargestellten Ergebnissen diskutiert:

Von vielen Autoren (Buchholz, 2001; Buddeberg-Fischer, 2000; Zitt, 2008) wurde postuliert, dass Frauen am häufigsten von Essstörungen betroffen sind. Deshalb wurde die Untersuchung nur mit Frauen durchgeführt.

Diagnosekriterien von Essstörungen beschreiben im ICD 10 und DSM IV die unterschiedlichen Kriterien, wie man Essstörungen diagnostizieren kann. Um nicht nur die Aussage der Befragten über das Vorhandensein einer Essstörung oder nicht zu bewerten, wurde eine Fragebogenteil zum Essverhalten konstruiert. Anhand diesem soll sichergestellt werden, ob man die Testperson zur Gruppe der Essgestörten zählen kann oder nicht. Frauen mit Essstörungen beschäftigen sich viel mehr mit dem Thema Nahrung und Aussehen wie Frauen ohne Essstörungen (Gerlinghoff, 2000; Baeck, 2007). Dieser Teil der Befragung wurde durchgeführt, da nicht davon ausgegangen werden kann, ob sich die Testpersonen bezüglich einer Essstörung bewusst sind oder aber auch diese nicht angeben wollen.

Um zu Verstehen, wie sich Frauen mit und ohne Essstörungen unterscheiden, muss auf einige ihrer soziodemographischen Daten eingegangen werden. Die Ergebnisse bestätigen wie auch schon in der Literatur diskutiert (Buchholz, 2001; Gerlinghoff, 2006), dass jüngere Frauen eher essgestört sind.

Die vorliegende Studie zeigt, dass Frauen mit Essstörungen einen niedrigeren BMI als Frauen ohne Essstörungen haben. Wobei hier zu erwähnen ist, dass der BMI von der jeweiligen Essstörung abhängig ist (vgl. Kapitel 2.1.1. BMI). Da in dieser Studie Bulimie und Anorexie vorwiegend vertreten sind, ist dies wahrscheinlich der Grund für einen niedrigeren BMI der Frauen mit

Essstörungen. Eine Studie von Hackl & Galvan (2005) ergab, dass der BMI nur bedingt eine Mangelernährung (Unter- oder Überernährung) diagnostiziert und andere Verfahren zusätzlich angewendet werden müssen. Einzelparameter wie die Gewichtsabnahme, die Nahrungszufuhr und Stress können durch den BMI nicht berücksichtigt werden. (S.13)

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, daß in einer Beziehung lebende Frauen seltener eine Essstörung haben, Frauen mit Essstörungen sind öfter ledig. Es bestätigen sich auch hier zahlreiche Studien (Baeck, 2007), Frauen mit Essstörungen leben zurückgezogener und sind eher einsam.

Der Versuch einen Zusammenhang zwischen Religionen und Essstörungen aufzuzeigen ist mit dieser Studie gelungen. Die Auswertung der erhobenen Daten zeigt, dass Frauen mit katholischem Glauben eher keine Essstörung haben, hingegen Frauen mit evangelischen Glauben, oder ohne Konfession, haben eher eine Essstörung. Dies ist widersprüchlich mit der in der Literatur besprochenen Theorie, denn durch streng vorgegebene Rituale (z.B. Fasten) des katholischen Glaubens ist es nahe liegender, dass Frauen mit Essstörungen eher dem katholischen Glauben angehören. Die Ergebnisse können aber auch dahingehend interpretiert werden, dass der strenge Glaube mehr halt gibt als Frauen ohne Konfession.

Buchholz (2001) stellte fest, dass Frauen mit Essstörungen im Allgemeinen aus oberen sozialen Schichten stammen. Die Studie ergab, dass mehr Frauen mit einer akademischen Ausbildung unter keiner Essstörung leiden, höheres Bildungsniveau begünstigt seltener eine Essstörung.

Zusammenfassend kann man die Ergebnisse vorliegender und dieser Studie so interpretieren, dass gewisse Merkmale wie Alter, Beziehungsstatus, Konfession und Ausbildung eine Essstörung begünstigen können.

Frauen mit Essstörungen beschäftigen sich mehr mit dem Thema Essen und Aussehen als Frauen ohne Essstörungen (Gerlinghoff, 2000). Die Beantwortung des Online-Fragebogens beweist dies und zeigt die Offenheit und Beeinflussbarkeit von Menschen mit Essstörungen. Ihre Unzufriedenheit mit dem

eigenen Körper und der Figur führt zu dem Wunsch, das eigne Gewicht in den Griff zu bekommen, mit dem Ziel einem Ideal zu entsprechen (Baeck, 2007). Die durch die Medienwelt dargestellten Models diktieren ein Schlankkeitsideal, welches die Essgewohnheiten vor allem von Menschen mit Essstörungen stark beeinträchtigt. Doch nicht nur Frauen mit Essstörungen beschäftigen sich mit dem Thema Körper. Neun von zehn Personen, die schon mehr als vier Diäten ausprobiert haben, geben an sie haben Probleme mit ihrem Essverhalten (Pollmer, 1997, S. 78).

Baeck (2007) beschreibt ein Phänomen bei Frauen mit Essstörungen: Sie fühlen sich trotz Untergewicht zu dick, haben im Allgemeinen eine verzerrte Körperwahrnehmung (DSM-IV) und es ist ihnen nicht möglich den Körper realistisch wahrzunehmen. Um eine möglichst valide Einschätzung der Körperwahrnehmung zu erhalten, wurden mehrere Bilder dargeboten. Die vorliegende Studie bestätigt diese Annahmen, denn Frauen mit Essstörungen nehmen ihren Körper und anderer unterschiedlich wahr. Sie beurteilen die Imageskala des Online-Fragebogens kritischer, die dargestellten Models erscheinen ihnen dicker als Frauen ohne Essstörungen. Die Wahrnehmung des eigenen Körpers und anderer Menschen ist verzerrt und entspricht nicht der Realität. Frauen mit höherem BMI haben eine andere Körperwahrnehmung als Frauen mit niedrigeren BMI. Je höher der BMI einer Testperson ist, desto dünner wurde die dargestellte Person bewertet. Frauen mit Essstörungen haben die Bilder aus der Studie unter Berücksichtigung von Schönheit und Ästhetik strenger beurteilt, sie lehnen die relativ ästhetische Figur der dargestellten Personen eher ab und bewerten sehr kritisch, sie bewerten Körperbilder negativer als Frauen ohne Essstörungen. Der Vergleich mit anderen Menschen spielt laut Baeck (2007) eine wichtige Rolle und kann eine Essstörung begünstigen. Joraschky (2009) postulierte die Unzufriedenheit der Körpergestalt bei Frauen mit Essstörungen. Hinsichtlich der vorliegenden Studie kann man erkennen, dass die Betroffenen im Allgemeinen die Körperbilder der dargebotenen Werbebilder negativer beurteilten als Frauen ohne Essstörungen. Laut Spettigue (2004) begünstigen die Medien und ihre Werbebilder die Entwicklung und Entstehung von Essstörungen. Die

dargestellten Models sind nicht real, geben aber ein Schönheitsideal vor welches kaum erreichbar ist. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, wie erschreckend unterschiedlich die Körperwahrnehmung zwischen Frauen mit und ohne Essstörungen ist. Bei der Beurteilung eines idealen, perfekten Körpers sind Frauen ohne Essstörungen eher positiv eingestellt und befürworten die Aussage eines dargestellten Körpers, der perfekt sein soll. Hingegen bewerten Frauen mit Essstörungen das Bild negativer. Eine Studie von Reich (2005) zeigt, dass sich Frauen mit Essstörungen im Vergleich zu anderen viel dicker empfinden. In der vorliegenden Studie belegen die Ergebnisse, dass sie auch andere als zu dick einstufen.

Frauen beziehen ihre Ideale und Leitbilder laut Stahr (1995) von Partnern, der Familie und vorgegebenen Schönheitsidealen. Berichten zufolge (Baeck, 2007) werden unter anderem Models als Ideale und Vorbilder verwendet. Durch die Aussage von Gerlinghoff (2000) wird angenommen, dass viele Menschen dem Druck unterliegen der Traumfigur, Schönheitsidealen und Vorbildern nachzueifern. Baeck (2007) fragt nach, welche Identität die moderne Frau von heute hat und was die Werbung vermittelt?

Buchholz (2001) postuliert, dass Frauen mit Anorexie dem Schönheitsideal nicht nacheifern:

Bei jungen Mädchen, die Anorexie entwickeln, kann, so meine ich, nicht davon ausgegangen werden, dass sie dem weiblichen Schlankheitsideal zu entsprechen versuchen, im Gegenteil widerspricht der abgemagerte Körper diesem eher. (S. 26).

Die vorliegende Studie zeigt, dass Frauen mit Essstörungen Schönheitsidealen eher nacheifern als Frauen ohne Essstörungen. Frauen mit Essstörungen beziehen ihre Vorbilder eher von Stars und Schauspielern, sie beziehen ihre Vorbilder eher aus Werbungen. Die Betroffenen wählen realitätsferne Vorbilder und orientieren sich nicht an Bezugspersonen. Dies lässt sich durch den sozialen Rückzug, bedingt durch ihre Krankheit, erklären. Frauen ohne Essstörungen beziehen ihre Vorbilder eher aus der Familie und dem Bekanntenkreis, daraus ist zu schließen, dass ihre sozialen Beziehungen im Vordergrund stehen. Den Betroffenen ist laut

Spettigue (2004) bewusst, dass die dargestellten Ideale in der Realität nicht so aussehen, auffallend ist jedoch, dass sie diesen trotzdem nacheifern.

In diversen Zeitschriften werden ständig neue Diäten beworben. Frauen mit Essstörungen nutzen laut Back (2007) diverse Diäten um einem Schönheitsideal zu entsprechen. Die Betroffenen beschäftigen sich übermäßig mit Nahrung, Gewicht und der Figur. Sie sammeln viele Informationen darüber, doch diese schützen sie nicht davor, sich gesund zu ernähren. Die vorliegende Studie bestätigt, dass Frauen ohne Essstörung Werbung aktiver nutzen, um sich über bestimmte Produkte zu informieren. Die Befolgung von Diätvorschlägen aus diversen Zeitschriften fällt eindeutig aus, Diätpläne finden bei Frauen mit Essstörungen eher Zustimmung.

Kroeber-Riel (1975) postuliert, die Funktionen der Werbung sei Zeitvertreib, Unterhaltung, Informationssuche und Normenbildung. Interessant sind die Ergebnisse aus der vorliegenden Studie hinsichtlich der Beurteilung von Werbung, denn Frauen mit und ohne Essstörungen empfinden diese als manipulierend, nervig und nicht notwendig. Frauen mit Essstörungen geben an Werbung sei langweilig und aufdringlich, hingegen empfinden Frauen ohne Essstörungen diese als unterhaltsam und informativ.

Die heutige Gesellschaft hat die Möglichkeit sich Nahrungsmittel auszusuchen, Sport zu betreiben und somit gesund und fit zu leben (Merta, 2002). Vielleicht werden aus diesem Grund die Produkte von *Schärdinger* von Frauen ohne Essstörungen häufiger verwendet und gekauft. Sie sind nahrhaft und gesund. Lieblingsspeisen werden trotz des Bewusstseins ihrer hohen Kalorienanzahl verspeist und Maßnahmen werden ergriffen, um kognitive Dissonanzen- wie zum Beispiel schlechtes Gewissen- zu reduzieren. Es fällt schwer, sich neue Ernährungsgewohnheiten anzueignen, deshalb werden neue Strategien entwickelt um sein Verhalten zu ändern. Durch sogenannte Light-Produkte wie die der Marke *Schärdinger- die schlanke Linie-* belügt man sich selber und reduziert somit sein schlechtes Gewissen im Glauben, gesund zu leben.

Das Kaufverhalten der Marke *Acitivia* unterscheidet sich bei Frauen mit und ohne Essstörungen nicht. Dies könnte an zwei unterschiedlichen Entscheidungs-

findungen liegen – Frauen ohne Essstörungen kaufen es, weil es gesund ist und Frauen mit Essstörungen kaufen es, weil es den Darm regulieren soll und den Eindruck eines Abführmittels erwecken könnte.

Laut ICD-10 und Buchholz (2001) verwenden Frauen mit Bulimie oder Anorexie häufig Appetitzügler, Diuretika, oder Abführmittel. Die vorliegende Studie bestätigt dies, denn Frauen mit Essstörung verwenden und kauften *Dulcolax* signifikant häufiger. Jäckel (1992) ist der Ansicht, dass Medien Bedürfnisse befriedigen sollen und Lösungsansätze bieten können. Frauen mit Essstörungen erwarten sich durch die Einnahme des Produktes *Dulcolax* eine Abführende Wirkung, was auch die Botschaft hinter den Werbebildern darstellt. Somit befriedigt diese Werbebotschaft das Anliegen von Frauen mit Essstörungen und bietet eine gewollte Lösung. Die gesuchten und erwarteten Werbebilder sind eine Voraussetzung dafür, ob die Wissensaufnahme befriedigt wird (Bonfadelli, 2004).

Zitt (2008) postuliert, dass der Körper zum Objekt der Begierde wird und der Kauf der Ware scheint dem Konsumenten den Erwerb des Objekts zu ermöglichen. Die Attraktivitätseinschätzung der dargestellten Werbemodels begünstigt die positive Bewertung eines Produktes durch Frauen mit Essstörungen nicht. Sie machen sich anscheinend keine Gedanken darüber wie das dargestellte Model aussieht, sondern eher darüber, was das Produkt bewirken soll. Die Vorliegende Studie zeigt, dass Frauen mit Essstörungen die in der Werbung für *Dulcolax* dargestellten Personen als nicht attraktiv einschätzen, trotzdem verwenden sie das Produkt.

3.4.2. Ausblick

Sind wir nun Opfer vom medialen Schönheitskult geworden? Betrachtet man Bilder und Fotos in aktuellen Zeitschriften ist es kaum verwunderlich, warum eine Mehrheit von Frauen unzufrieden mit dem eigenen Körper sind. Kaum eine von ihnen hat nicht schon etliche Diäten ausprobiert und dabei das Rauf und Runter von Kilos miterlebt. Die Werbung idealisiert bessere Nahrungsmittel um ihre

Produkte zu verkaufen. Eine heile Welt wird dargestellt, doch die Realität sieht anders aus. Diäten werden beworben, um abzunehmen, aber nicht um sich gesund zu ernähren. Wenn man eine Diät abhält, wird das eigentliche Problem nicht an der Wurzel gepackt. Man isst, trotz dem Wissen, wie ungesund gewisse Produkte sind, weiter. Nur durch eine Ernährungsumstellung ermöglicht das Erreichen eines gesunden, fitten Körpers. Die Werbeindustrie sollte daher eher davon abgehen, Light-Produkte oder Abführmittel zu propagieren. Viel mehr sollte auf Sport und die richtige Nahrung in Alltag eingegangen werden.

Die vorliegende Studie belegt, dass Frauen mit Essstörungen das Produkt *Dulcolax* häufig verwenden. Hier sollte die Frage gestellt werden, ob es vertretbar ist, dass solche Produkte ohne Rezeptpflicht vertrieben werden können, da diese bei Missbrauch zu erheblichen körperlichen Schädigungen führen können. Die Gefährdung durch diese Produkte sollte den Menschen bewusst gemacht werden, stattdessen werden sie verherrlicht und als normales Hilfsmittel angepriesen. Interessant wäre es herauszufinden, auf welche Produkte Frauen mit und ohne Essstörungen zugreifen, wenn sie ihr Gewicht halten oder reduzieren wollen.

Gerlinghoff (2000) postuliert seine präventiven Vorschläge folgendermaßen:

Vor einer gezielten und wirksamen Prävention müssen die Entstehungsmechanismen geklärt oder zumindest Bedingungen bekannt sein, die das Auftreten und Unterhalten dieser Krankheiten begünstigen. An der genetischen Disposition können wir – zumindest heute – nichts ändern. Auch wäre es utopisch anzunehmen, wir könnten Gewohnheiten, Trends und Ideale der Gesellschaft ändern. Wir können auch nicht die Werbung mit ihren Models verbieten lassen oder auf die Produktion von Konsumgütern Einfluss nehmen. Aber wir können uns darum bemühen herauszufinden, welche Verhaltensweisen, Einflüsse und Bedingungen und in welchem Lebensabschnitt bei denjenigen wirksam waren, die später an einer Essstörung erkrankt sind. Es geht also um die Erkennung von Risikofaktoren, welche zu einem krankhaften Essverhalten führen. (S. 103)

Werbung zielt nicht darauf ab, Impulse und Triebwünsche der Menschen zu befriedigen, sondern provoziert die Sehnsucht nach etwas fast unerreichbaren.

Ein Ziel wäre, Risikofaktoren ausschalten oder minimieren. Wenn man Betroffenen zeigen könnte, dass sie gemocht werden und anderen Menschen vertrauen können, könnte ihre Sicherheit und ihr Selbstvertrauen erhöht werden. In jungen Jahren eines Menschen müsste man ihm vermitteln, dass die abgemagerten Models gar nicht so perfekt sind, wie es den Anschein hat. Man müsste ihm auch klar machen, dass eine perfekte Figur nicht automatisch Selbstsicherheit, Zufriedenheit und Lebensglück bedeutet (Gerlinghoff, 2000).

Durch ein starkes Selbstbewusstsein und einer gesunden Einstellung zum eigenen Körper, kann man sich der Werbeindustrie widersetzen, indem die Macht des Konsumenten eingesetzt wird und Produkte mit unrealistischen Werbeidealen boykottiert werden. Vor allem Menschen die in der Öffentlichkeit stehen und somit eine Vorbildfunktion haben, sollten sich für die Wahrung des gesunden und normalen Körpers einsetzen. Alle Menschen sollten daran arbeiten, Leitbilder zu verlangen die realistisch und nicht abgemagert und perfekt sind.

Werbung und Medien sollten ihre Macht nicht dafür einsetzen, Menschen zu einer homogenen Masse zu machen die ihnen blind folgt. Der ethische Aspekt sollte nicht vergessen werden und es wäre von Vorteil, wenn sie in Bezug auf die Manipulation und Lenkung der Konsumenten vernünftiger agieren würden (Patek, 2002).

4. Zusammenfassung

Die vorliegende Diplomarbeit beschäftigt sich mit dem Einfluss von Werbebildern auf Frauen mit und ohne Essstörungen. Ein Unterschied zwischen ihnen bezüglich ihrer soziodemographischen Daten, ihres Essverhalten und ihrer Körperwahrnehmung soll aufgezeigt werden.

Der Anteilswert von Frauen mit Essstörungen ist in den letzten Jahren stark angestiegen (Buchholz, 2001), verzerrte Schönheitsideale werden in der Werbung propagiert, welche die Entstehung oder Aufrechterhaltung von Essstörungen begünstigen können. Theorien in Bezug der soziodemographischen Daten beschreiben durch Arbeiten von Buddeberg-Fischer (2000) und Zitt (2008), dass vor allem junge Frauen und aus den oberen Sozialschichten am ehesten von Essstörungen betroffen sind. Soziokulturelle Einflüsse spielen eine bedeutende Rolle (Gerlinghoff, 2000).

Das Essverhalten sowie das Einhalten von Diäten, die in Werbungen oder Zeitschriften propagiert werden, sind bei Frauen mit Essstörungen von großer Bedeutung (Buchholz, 2001). Als Motiv für Diäten nennt Baeck (2007) das Ziel, wie die in den Werbungen dargestellten Idealbilder auszusehen. Dieses Schlankheitsideal diktiert die Essgewohnheiten der Gesellschaft (Gerlinghoff, 2000).

Diagnosekriterien von Essstörungen (ICD-10, DSM-IV) beschreiben Kriterien, nach denen man Essstörungen diagnostizieren kann. Die Wahrnehmung von Frauen mit Essstörungen ist verzerrt und nicht real, der Vergleich mit anderen spielt eine große Rolle (Baeck, 2007).

Baeck (2007) postuliert in seinem Erklärungsmodell für die Entstehung, Auslöser und Ursachen von Essstörungen unter anderem, dass die Betroffenen ihre Vorbilder in der Werbung suchen, denn diese vermittelt ihnen, mit den richtigen Mitteln sei alles möglich. Jedoch produziert die Werbebranche nicht reale Welten, an denen sich die Gesellschaft orientiert (Mayer, 2005). Jäckel (1992) hat die

Theorie, die Gesellschaft erwarte sich von den Medien, dass sie Bedürfnisse und Lösungen für ihre Alltagsprobleme liefern.

Da eine überwiegende Mehrzahl aller Essgestörten weiblich ist, wird in der vorliegenden Studie nur auf Frauen eingegangen. Durch einen Online-Fragebogen konnten 112 Frauen *mit* und 75 Frauen *ohne* Essstörungen befragt werden. Annahmen bezüglich der soziodemographischen Daten wurden bestätigt, gewisse Merkmale können eine Essstörung begünstigen. Die Beschäftigung mit dem Thema Nahrung, Körper und Aussehen ist bei Frauen *mit* Essstörungen weit höher, sie setzen sich mehr mit Diäten auseinander und nehmen Diätvorschläge aus Zeitschriften eher an. Ebenso ist ihre Körperwahrnehmung verzerrt und nicht realistisch. Es fällt ihnen schwer, Körper anderer positiv zu beurteilen. Sie eifern Schönheitsidealen eher nach und beziehen ihre Vorbilder aus der Werbung oder der Öffentlichkeit (Stars, Schauspieler, etc.). Frauen *ohne* Essstörungen hingegen beziehen ihre Vorbilder aus dem Familien- und Bekanntenkreis. Sie empfinden Werbung als unterhaltsam und informativ, sie nutzen diese aktiver um sich über bestimmte Produkte zu informieren. Im Gegensatz dazu empfinden Frauen *mit* Essstörungen Werbung als langweilig und aufdringlich. Die Untersuchung bezüglich des Kaufverhaltens zeigt, dass eine positive Attraktivitätseinschätzung das Kaufverhalten nicht beeinträchtigt. Frauen *mit* Essstörungen kaufen eher Abführmittel, da dieses Produkt den gewünschten Zweck hervorruft.

5. Quellenverzeichnis

Literatur

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fourth Edition (DSM IV)*. American Psychiatric Association: Washington DC.

Baeck, S. (2007). *Essstörungen: was Eltern und Lehrer tun können*. Bonn: Balance Buch & Medien Verlag.

Bockrath, F. (2008). *Körperliche Erkenntnis : Formen reflexiver Erfahrung*. Bielefeld: Transcript.

Bonfadelli, H. (2004). *Medienwirkungsforschung*. Konstanz: UVK-Verl.-Ges.

Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.

Buchholz, H. (2001). *Die verzehrte Frau : Anorexie und Bulimie im Spiegel weiblicher Subjektivität*. Opladen: Leske & Budrich.

Buddeberg-Fischer, B. (2000). *Früherkennung und Prävention von Essstörungen : Eßverhalten und Körpererleben bei Jugendlichen*. Stuttgart: Schattauer.

Burkart, R. (1995). *Kommunikationswissenschaften, Grundlagen und Problemfelder*. Wien; Köln; Weimar: Böhlau Verlag.

Dahlke, R. (2007). *Der Körper als Spiegel der Seele*. München: Gräfe und Unzer.

Ettrich, C., Pfeiffer, U. (2001). *Anorexie und Bulimie – zwischen Todes-Sehnsucht und Lebens-Hunger*. München: Urban & Fischer.

- Gerlinghoff, M., Backmund, H. (2006). *Essstörungen : Fachwissen – Krankheits-erleben – Ess-Programme*. Weinheim: Beltz.
- Gerlinghoff, M., Backmund, H. (1995). *Therapie der Magersucht und Bulimie- Anleitung zu eigenverantwortlichem Handeln*. Weinheim: Beltz.
- Gerlinghoff, M., Backmund, H. (2000). *Was sind Ess-Störungen? Ein kleines Handbuch zur Diagnose, Therapie und Vorbeugung*. Weinheim: Beltz.
- Herkner, W. (2001). *Lehrbuch Sozialpsychologie*. Bern;Göttingen;Toronto;Seattle: Huber
- Joraschy, P., Loew, T. & Röhricht, F. (2009). *Körpererleben und Körperbild - Ein Handbuch zur Diagnostik*. Stuttgart: Schattauer.
- Kirchler, E. (2003). *Wirtschaftspsychologie. Grundlagen und Anwendungsfelder der Ökonomischen Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Kirchler, E. (2005). *Arbeits- und Organisationspsychologie*. Wien: Facultas
- Kroeber-Riel, W. (1975). *Konsumentenverhalten*. München: Vahlen.
- Krüger et al. (2001). Essstörungen und Adipositas: Epidemiologie – Diagnostik – Verläufe. In G. Reich, M. Cierpka (Hrsg.), *Psychotherapie der Essstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend*. Thieme: Stuttgart.
- Laessle, R. G. (2003). Essstörungen. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie* (S. 357-396). Göttingen: Hogrefe.

- Mayer, H.O. (2005). *Einführung in die Wahrnehmungs-, Lern-, und Werbe-Psychologie*. München; Wien: Oldenbourg.
- Merta, S. (2003). *Wege und Irrwege zum modernen Schlankheitskult*. Stuttgart: Steiner.
- Panek, B. W. (2002). *Die menschliche Sinneswahrnehmung und ihre Anwendung in Medien und Werbung*. Wien: Facultas.
- Pollmer, U. (1997). *Liebe geht durch die Nase*. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Reich, G. (2003). *Familientherapie der Essstörungen*. In M. Cierpka, A. Riehl-Emde, M. Schmidt & K. A. Schneewind (Hrsg.), *Praxis der Paar- und Familientherapie* (1. Auflage) (S. 3-4). Göttingen: Hogrefe.
- Reich, G.; Witte-Lakemann; Killius (2005): *Qualitätssicherung in Beratung und ambulanter Therapie von Frauen und Mädchen mit Essstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Stahr, I., Barb-Priebe, I. & Schulz, E. (1995). *Essstörungen und die Suche nach Identität : Ursachen, Entwicklungen und Behandlungsmöglichkeiten*. Weinheim: Juventa- Verlag.
- Trimmel, M. (2003). *Allgemeine Psychologie. Motivation, Emotion, Kognition*. Wien: Facultas.
- Vandereycken, W., Van Deth, R. & Meermann, R. (1990). *Hungerkünstler, Fastenwunder, Magersucht- eine Kulturgeschichte der Ess-Störungen*. Zülrich: Biermann.
- Zimbardo, P. (1992). *Psychologie*. Berlin: Springer.

Zitt, C. (2008) *Vom medialen Körperkult zum gesellschaftlichen Krankheitsbild : zu den Zusammenhängen zwischen der Darstellung des weiblichen Körpers in Printmedien und Internet und Essstörungen*. Wien: Praesens-Verlag.

Artikel/ Report:

Fox, E. A. (2008).: Influences on Eating and Body Weight over the Lifespan-Childhood and Adolescence. *Purdue Ingestive Behavior Research Center Symposium 2007*, 94, 1-7.

Hackl, J. M., Galvano, O. (2005). Beurteilung des Ernährungszustandes von weiblichen Personen am Beispiel von Innsbruck. *Journal für Ernährungsmedizin*, 7, 10-13.

Olmsted, M. P., McFarlane, T. (2004). Body Weight and Body Image. *BioMedCentral Women's Health*, 4, 5.

Spettigue, W., Henderson, K. A. (2004). Eating Disorders and the Role of the Media. *The Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review February 2004*, 13, 16-19.

6. Anhang

6.1. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Die Klassifikation des Körpergewichts nach BMI für Erwachsene (nach WHO) (Gerlinghoff, 2006).....	13
Tabelle 2: Diagnosekriterien der Magersucht (Gerlinghoff 2006).....	17
Tabelle 3: Diagnosekriterien der Bulimie (Gerlinghoff 2006).....	21
Tabelle 4: Diagnosekriterien der Binge Eating Disorder (DSM-IV).....	24
Tabelle 5: Familienstand der gesamten Stichprobe.....	76
Tabelle 6: Verteilung der Konfessionen der Gesamtstichprobe.....	77
Tabelle 7: Ausbildung der Gesamtstichprobe.....	78
Tabelle 8: Mittelwerte und Standardabweichung des BMI.....	81
Tabelle 9: Häufigkeitsverteilung der Konfessionen bei Frauen mit und ohne Essstörungen.....	83
Tabelle 10: Deskriptive Statistik zum Kaufverhalten.....	93

6.2. Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Werbemodell (Bild 4 aus dem Fragebogen).....	68
Abb. 2: Laufstegmodell (Bild 1 aus dem Fragebogen).....	69
Abb. 3: Screen-Shot aus dem selbst zusammengestellten Fragebogen.....	71
Abb. 4: Essstörungen, gebildet aus Selbstbeschreibung und Fragebogenteil Essverhalten.....	72
Abb. 5: Häufigkeitsverteilung des Alters der gesamten Stichprobe.....	73
Abb. 6: Häufigkeitsverteilung der Testpersonen mit und ohne Essstörung.....	74
Abb. 7: Häufigkeitsverteilung von Frauen in der Stichprobe <i>mit</i> Essstörungen...	75
Abb. 8: Häufigkeitsverteilung von Bulimie, Anorexie und BED.....	75
Abb. 9: Häufigkeitsverteilung Familienstand in Prozent.....	76
Abb. 10: Häufigkeitsverteilung der Gesamtstichprobe- „Ich habe Kinder“.....	77
Abb. 11: Häufigkeitsverteilung der Konfessionen der Gesamtstichprobe.....	78
Abb. 12: Häufigkeitsverteilung der Ausbildung (Gesamtstichprobe).....	79

Abb. 13: Altersverteilung von Frauen mit und ohne Essstörungen.....	80
Abb. 14: Zusammenhang zwischen BMI und Essstörungen von Frauen mit und ohne Essstörungen.....	81
Abb. 15: Häufigkeitsverteilung der Ausbildung von Frauen mit und ohne Essstörungen.....	82
Abb. 16: Verteilung der Konfessionen von Frauen mit und ohne Essstörungen...	83
Abb. 17: Verteilung des Familienstandes bei Frauen mit & ohne Essstörungen...	84
Abb. 18: Summenscore von Frauen ohne Essstörungen und Frauen mit Ess- störungen	85
Abb. 19: Streudiagramm- Vergleich von BMI und Imagescala.....	87
Abb. 20: Verteilungsunterschied (absolute Häufigkeiten) der befolgten Diätpläne bei Frauen mit und ohne Essstörungen.....	90
Abb. 21: Verteilungsunterschied (absolute Häufigkeiten) zur Vorbildwirkung von Schönheitsidealen bei Frauen mit und ohne Essstörungen.....	90

6.3. Fragebogen

Fragebogen zur Erfassung des Einflusses von Werbebildern auf Menschen mit und ohne Essstörungen

Anleitung zum Ausfüllen

Der vorliegende Fragebogen gliedert sich in vier Teile:

1. Erfassung der soziodemographischen Daten
2. Einstellung zum Essen und Essverhalten
3. Fragen zur Körperwahrnehmung
4. Fragen zur Beurteilung von Werbebildern und deren Produkte

Lesen Sie bitte die Aussagen sorgfältig durch und kreuzen Sie jene an, die IHRE AKTUELLE EINSTELLUNG oder IHR AKTUELLES VERHALTEN am besten beschreibt (NICHT wie Sie in der Vergangenheit waren oder wie Sie gerne sein würden).

Ihre Angaben sind anonym und werden vertraulich behandelt.

1. Erfassung der soziodemographischen Daten:

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich

Alter: ☐ 15-20 Jahre ☐ 21-30 Jahre ☐ 31-40 Jahre ☐ 41-50 Jahre ☐ 51-60 Jahre

Größe:cm

Derzeitiges Gewicht:kg

Höchstgewicht:kg

Niedrigstes Gewicht:kg

Wunschgewicht:kg

Gewichtsschwankungen: ☐ ja ☐ nein

Essstörung: ☐ Ja ☐ Anorexie ☐ Bulimi ☐ bed ☐ andere
☐ Nein

abgeschlossene Ausbildung: ☐ Pflichtschule ☐ Lehre ☐ Berufsbildende ☐ mittlere Schule
☐ Matura ☐ Akademische Ausbildung ☐ Andere

Konfession: ☐ katholisch ☐ evangelisch ☐ jüdisch ☐ moslemisch ☐ buddhistisch
☐ andere ☐ konfessionslos

Familienstand: ☐ Ledig ☐ Verheiratet ☐ in einer festen Beziehung ☐ geschieden ☐ verwitwet

Kinder: ☐ Ja ☐ Nein

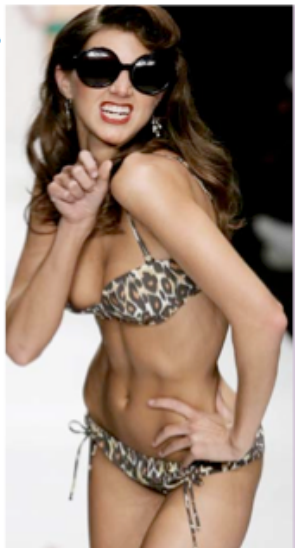
2. Einstellungen zum Essen und Essverhalten:

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Dass ich glücklich und zufrieden bin hängt von meiner Figur und meinem Gewicht ab. | ☐ Ja | ☐ Nein |
| 2. Ich habe regelmäßig Essanfälle und habe mehrmals das Gefühl, die Kontrolle beim Essen zu verlieren. | ☐ Ja | ☐ Nein |
| 3. Ich habe in den letzten Monaten Diätversuche gemacht. | ☐ Ja | ☐ Nein |
| 4. Um mein Gewicht zu halten, setze ich unterschiedliche Maßnahmen ein (zb. Erbrechen, Abführmittel,...). | ☐ Ja | ☐ Nein |
| 5. Ich fühle mich unwohl, wenn ich meinen Körper sehe (z.B. im Spiegel, beim Duschen, etc.). | ☐ Ja | ☐ Nein |
| 6. Ich eifere Schönheitsidealen nach. | ☐ Ja | ☐ Nein |
| 7. Ich weiss, wieviel Kalorien die Nahrungsmittel haben, die ich esse. | ☐ Ja | ☐ Nein |
| 8. Ich meide besonders die Nahrungsmittel, die viele Kohlenhydrate haben (Brot, Teigwaren,...). | ☐ Ja | ☐ Nein |
| 9. Ich halte Diät (esse nur wenig oder nur ausgewählte Nahrungsmittel). | ☐ Ja | ☐ Nein |
| 10. Ich habe das Gefühl, dass das Essen mein Leben beherrscht (meine Gedanken kreisen meist um's Essen). | ☐ Ja | ☐ Nein |
| 11. Ich verwende Medikamente zum Abnehmen oder um mein Gewicht zu halten. | ☐ Ja | ☐ Nein |
| 12. Ich fühle mich unwohl, wenn andere meinen Körper sehen (beim Schwimmen, Tragen enger Kleidung, etc.). | ☐ Ja | ☐ Nein |
| 13. Ich benutze Produkte die ich aus der Werbung kenne, um abzunehmen oder mein Gewicht zu halten. | ☐ Ja | ☐ Nein |
| 14. Ich fühle mich in meinem Körper wohl. | ☐ Ja | ☐ Nein |

3. Fragen zur Körperwahrnehmung

Bitte beurteilen Sie die folgenden Bilder :

1.



- | | | | |
|----|--|----|-----------------------------------|
| a. | ☐ Dick | b. | ☐ Schön |
| | ☐ Normal | | ☐ Hässlich |
| | ☐ Schlank | | ☐ Ekelhaft |
| | ☐ Dürr | | ☐ Normal |
| c. | ☐ Ich möchte niemals so aussehen
☐ Ich sehe aus wie eine der dargestellten
☐ Ich würde gerne so aussehen
☐ Weder noch | | |
| d. | Das ist ein perfekter Körper
☐ Ja
☐ Nein
☐ Weder noch | | |

2.



- ☐ Dick
- ☐ Normal
- ☐ Schlank
- ☐ Dürr

3.



- ☐ Dick
- ☐ Normal
- ☐ Schlank
- ☐ Dürr

4.



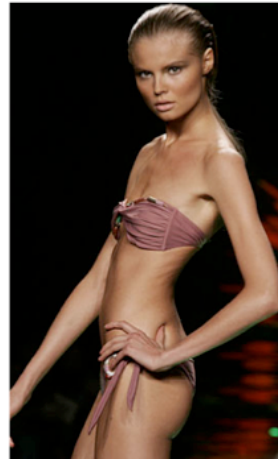
- ☐ Dick
- ☐ Normal
- ☐ Schlank
- ☐ Dürr

5.



- ☐ Dick
- ☐ Normal
- ☐ Schlank
- ☐ Dürr

6.



- ☐ Dick
- ☐ Normal
- ☐ Schlank
- ☐ Dürr

7.



- ☐ Dick
- ☐ Normal
- ☐ Schlank
- ☐ Dürr

8.



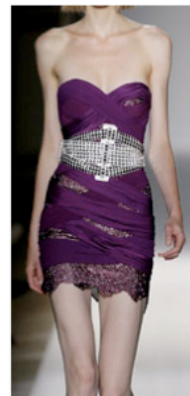
- ☐ Dick
- ☐ Normal
- ☐ Schlank
- ☐ Dürr

9.



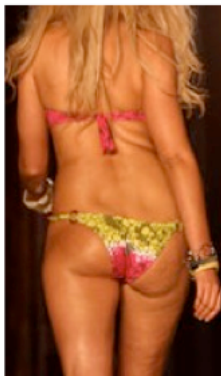
- ☐ Dick
- ☐ Normal
- ☐ Schlank
- ☐ Dürr

10.



- ☐ Dick
- ☐ Normal
- ☐ Schlank
- ☐ Dürr

11.



- ☐ Dick
- ☐ Normal
- ☐ Schlank
- ☐ Dürr

4. Fragen zur Beurteilung von Werbebildern und deren Produkte:

1. Nützen Sie Werbung aktiv um sich über bestimmte Produkte zu informieren? ☐ Ja ☐ Nein
2. Werbung von diversen Produkten sind mir ungeheuer wichtig. ☐ Ja ☐ Nein
3. Die in den Werbungen dargestellten Personen sehen in der Realität auch so aus. ☐ Ja ☐ Nein
4. Ich habe Diätvorschläge aus diversen Zeitschriften ausprobiert und befolgt. ☐ Ja ☐ Nein
5. Schönheitsidealen eifere ich nach. ☐ Ja ☐ Nein

Bei den folgenden Fragen sind Mehrfachantworten möglich:

6. Welche Aussagen treffen Ihrer Meinung nach auf Werbung zu?

☐ langweilig	☐ informativ	☐ manipulierend	☐ aufdringlich
☐ unterhaltsam	☐ notwendig	☐ nervend	
7. Meine Vorbilder sind: ☐ Stars, Schauspieler ☐ Freunde, Familie ☐ Andere ☐ keine Vorbilder
8. Aus welchen Medien beziehen Sie Ihre Vorbilder?

☐ TV	☐ Magazine	☐ Werbung	☐ Zeitungen	☐ keine Vorbilder	☐ andere Vorbilder
-----------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	--	---

4.1. Werbesujets *Activia*:



1. Gefallen Ihnen diese Plakate? ☐ Ja ☐ Nein
2. Finden Sie die abgebildeten Personen attraktiv? ☐ Ja ☐ Nein
3. Finden sie die abgebildeten Personen schlank? ☐ Ja ☐ Nein
4. Kennen Sie die dargestellte Marke bzw. das Produkt? ☐ Ja ☐ Nein
5. Haben Sie schon einmal ein Produkt von dieser Marke gekauft? ☐ Ja ☐ Nein
6. Kaufen Sie regelmäßig Produkte dieser Marke ein? ☐ Ja ☐ Nein
7. Verwenden Sie Produkte dieser Marke regelmäßig? ☐ Ja ☐ Nein
8. Haben Sie aufgrund der Werbung dieses Produkt gekauft? ☐ Ja ☐ Nein

4.2. Werbesujets *Dulcolax*:



- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Gefällt Ihnen dieses Plakat? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| 2. Finden Sie die abgebildeten Personen attraktiv? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| 3. Finden sie die abgebildeten Personen schlank? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| 4. Kennen Sie die dargestellte Marke bzw. das Produkt? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| 5. Haben Sie schon einmal ein Produkt von dieser Marke gekauft? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| 6. Kaufen Sie regelmäßig Produkte dieser Marke ein? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| 7. Verwenden Sie Produkte dieser Marke regelmäßig? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| 8. Haben Sie aufgrund der Werbung dieses Produkt gekauft? | ☐ Ja | ☐ Nein |

4.3. Werbesujets *Schärdinger- Die schlanke Linie*:



- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Gefallen Ihnen diese Plakate? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| 2. Finden Sie die abgebildete Personen attraktiv? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| 3. Finden sie die abgebildete Person schlank? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| 4. Kennen Sie die dargestellte Marke bzw. die Produkte? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| 5. Haben Sie schon einmal ein Produkt von dieser Marke gekauft? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| 6. Kaufen Sie regelmäßig Produkte dieser Marke ein? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| 7. Verwenden Sie Produkte dieser Marke regelmäßig? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| 8. Haben Sie aufgrund der Werbung dieses Produkt gekauft? | ☐ Ja | ☐ Nein |

6.3.1. Quellenverzeichnis des Fragebogens

6.3.1.2. Bildernachweis zur Körperwahrnehmung:

- Bild 1: http://www.erdbeerlounge.de/stars-entertainment/Sonnenbrillentrends_ga69082/seite0
- Bild 2: <http://www.sueddeutsche.de/leben/kraeftige-models-starke-frauen-auf-dem-laufsteg-1.254673-10>
- Bild 3: <http://www.forumla.de/attachments/politik-gesellschaft/30986d1242826291-magermodels-schoen-oder-laecherlich-magermodel.jpg>
- Bild 4: https://lh3.googleusercontent.com/-aE_XrGE-QGw/TWRdz0DxqeI/AAAAAAAAAZU/1jPudNqPos0/s1600/Keira-keira-knightley-112620_1024_768.jpg
- Bild 5: <http://scrapetv.com/News/News%20Pages/Entertainment/images-2/keira-knightley-beach-bathing-suit.jpg>
- Bild 6: http://www.epochtimes.de/pics/2008/07/11/xxl/2008-07-11-xxl--20080711131501_DEU_Gesundheit_Mode_FRA121.jpg
- Bild 7: <http://rehmeier.de/wp-content/dove.jpg>
- Bild 8: <http://derstandard.at/1256255711987/Hilpold-im-Anzug-Magermodels-dicker-machen>
- Bild 9: http://www.rp-online.de/digitale/internet/Hier-werden-Stars-geschrumpft_bid_47334.html
- Bild 10: <http://www.welt.de/lifestyle/article5690483/Die-neue-Brigitte-zu-duenn-fuer-eine-Revolution.html>
- Bild 11: <http://starlounge.ch.msn.com/index.cfm?objectid=28306>

6.3.1.2. Werbesujets

Activia: <http://www.activia.com/>
<http://activia.de/danone-activia/index.php>
<http://www.danone-activia.at/>
<http://www.danone-activia.ch/>

Dulcolax: http://www.dulcolax.de/com/Deutschland_new/index.htm
<http://www.dulcolax.at/com/Austria/homepage.htm>

Schärdinger: <http://www.schlanke-linie.at/>

Ich habe mich bemüht, sämtliche Inhaber der Bildrechte ausfindig zu machen und ihre Zustimmung zur Verwendung der Bilder in dieser Arbeit eingeholt. Sollte dennoch eine Urheberrechtsverletzung bekannt werden, ersuche ich um Meldung bei mir.

6.4. Curriculum Vitae

Persönliche Daten

Name:	Natalie Maxa
Geboren:	16.07.1980 in Wien
Staatsbürgerschaft:	Österreich
Wohnhaft:	Wien

Schulausbildung

1986 – 1990:	Öffentliche Volksschule der Stadt Wien, 1140 Wien
1990 – 1997:	Gymnasium des Institutes Sacre Coeur Pressbaum, NÖ
1997 – 2000:	Marianum der Schulbrüder Realgymnasium & Oberstufenrealgymnasium, 1180 Wien – Abschluss: Matura

Hochschulausbildung

1999 – 2000:	Wirtschaftsuniversität Wien Studium der Handelswissenschaften
2000 – 2001:	Hauptuniversität Wien Studium der Publizistik und Judaistik
2002 – 2004:	Hauptuniversität Wien Studium der Psychologie
2003 – 2006:	Université Louis Pasteur, Strassburg, Frankreich Etudes en Psychologie
2007 – 2011:	Hauptuniversität Wien Studium der Psychologie
März 2011:	Fertigstellung der Magisterarbeit zur Erlangung des akademischen Titels „Mag. rer. nat.“ mit dem Thema: „Die Wirkung von Werbebildern auf Frauen mit und ohne Essstörungen“

Weitere Ausbildung

Seit März 2009:	ÖAGG- Akademie, Wien Psychotherapeutisches Propädeutikum
-----------------	---

Berufserfahrung

1999 – 2003:	Angestellte bei Fa. Maxa G.m.b.H.
1999 – 2000:	Mitarbeit bei diversen Kongressen und Events (Van Swieten Kongress, DocLX)
2000 – 2001:	Angestellte bei Tip Top ATV Hot Shots
2001:	Gymnasium de la Salle, Strebersdorf, NÖ Englischunterricht für 14-15 jährige
2001 – 2002:	Mitarbeit bei ORF (Mitorganisation div. Events)
2002 – 2003:	Mitarbeiterin im Verkauf (Peek & Kloppenburg, Salvatore Ferragamo, Perfect Selection)
2007 – 2008:	Praktikum (im Ausmaß von 240 Stunden) bei Institut SoWhat für Menschen mit Essstörungen
2009:	Praktikum für das Propädeutikum (im Ausmaß von 240 Stunden) an der Psychiatrischen Abteilung des KFJ-Spitals
2006 – 2011:	Angestellt bei Fa. Maxa G.m.b.H.

Weitere Kenntnisse

Fremdsprachen:	Englisch, Französisch, Hebräisch
----------------	----------------------------------