



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Arbeit

Appearance-based Rejection Sensitivity und ihre Korrelate

Verfasserin

Caroline Hroch

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, im April 2013

Studienkennzahl:	298
Studienrichtung:	Psychologie
Betreuer:	Mag. Dr. Ulrich Tran

Danksagung

Ich möchte in erster Linie meinem Betreuer Mag. Dr. Ulrich Tran dafür danken, dass er mir in jeder Phase meiner Diplomarbeit mit Rat und Tat zur Seite gestanden ist.

Mein Dank gilt ebenfalls den Teilnehmern am Forschungsseminar für Fortgeschrittene, deren hilfreiche Vorschläge zur Verbesserung meiner Arbeit beigetragen und deren Berichte über ihre eigenen Arbeiten mich inspiriert haben.

Aufrichtigen Dank schulde ich auch Robert Riedl und Lukas Schöllbauer für ihre Mitarbeit sowie allen Teilnehmern an der Befragung für ihre Unterstützung.

Letztlich gilt mein größter Dank meinen Eltern und meinen Freunden, die mich während meines gesamten Studiums immer unterstützt haben wo sie nur konnten und in dieser Zeit viel Geduld mit mir hatten.

Inhaltsverzeichnis

I THEORETISCHER HINTERGRUND	6
1 Einleitung.....	7
2 Essstörungen.....	9
2.1 <i>Anorexia Nervosa</i>	<i>11</i>
2.2 <i>Bulimia Nervosa</i>	<i>12</i>
2.3 <i>Binge Eating Störung.....</i>	<i>13</i>
3 Soziale Ängstlichkeit	14
4 Appearance-based Rejection Sensitivity	15
5 Objectification Theory.....	16
5.1 <i>Objectified Body Consciousness</i>	<i>18</i>
6 Entwicklung der Hypothesen.....	19
6.1 <i>Appearance-based Rejection Sensitivity und Binge Eating</i>	<i>20</i>
6.2 <i>Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Bulimia Nervosa und der Binge Eating Störung</i>	<i>20</i>
6.3 <i>Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Anorexia Nervosa und Bulimia Nervosa </i>	<i>21</i>
II EMPIRISCHER TEIL	22
7 Fragestellungen	23
7.1 <i>Fragestellung 1.....</i>	<i>23</i>
7.2 <i>Fragestellung 2.....</i>	<i>23</i>
7.3 <i>Fragestellung 3.....</i>	<i>24</i>
8 Methode.....	25
8.1 <i>Stichprobe.....</i>	<i>25</i>
8.2 <i>Studiendesign</i>	<i>27</i>
8.3 <i>Verwendete Verfahren</i>	<i>28</i>
8.3.1 <i>Appearance-based Rejection Sensitivity Scale.....</i>	<i>28</i>
8.3.2 <i>Objectified Body Consciousness Scale</i>	<i>28</i>
8.3.3 <i>Soziale Phobie und Angst Inventar.....</i>	<i>29</i>
8.3.4 <i>Rosenberg Self Esteem Scale.....</i>	<i>29</i>
8.3.5 <i>Inventar zum Essverhalten und Gewichtsproblemen</i>	<i>30</i>
8.3.6 <i>Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers.....</i>	<i>31</i>
8.3.7 <i>Sportverhalten.....</i>	<i>32</i>

8.4 Auswertung	32
9 Ergebnisse.....	33
9.1 <i>Validität der Appearance-based Rejection Sensitivity</i>	33
9.1.1 Essstörungssymptome und Appearance-based Rejection Sensitivity	33
9.1.2 Der Einfluss von Control Beliefs auf Essstörungssymptome und Appearance-based Rejection Sensitivity.....	34
9.2 <i>Die Rolle sportlicher Aktivität</i>	34
9.2.1 Essstörungssymptome und sportliche Aktivität.....	34
9.2.2 Frequenz der sportlichen Aktivität und Appearance-based Rejection Sensitivity, Body Surveillance, Body Shame und soziale Ängstlichkeit	34
9.2.3 Sportart und Appearance-based Rejection Sensitivity, Body Surveillance und soziale Ängstlichkeit	35
9.2.4 Control Beliefs und sportliche Aktivität	35
9.3 <i>Essstörungssymptome und Persönlichkeitsvariablen</i>	37
9.3.1 Essstörungssymptome und Control Beliefs.....	37
9.3.2 Unterschiede bei AN und BN bzgl. sozialer Ängstlichkeit, Body Surveillance, Body Shame, Selbstwert und Appearance-based Rejection Sensitivity	37
9.3.3 Unterschiede bei AN, BN und der Binge Eating Störung bzgl. Body Surveillance, Control Beliefs und sportlicher Aktivität	37
9.3.4 Unterschiede bei AN und der Binge Eating Störung bzgl. sozialer Ängstlichkeit, Body Shame, Selbstwert und Appearance-based Rejection Sensitivity	39
9.3.5 Unterschiede bei BN und der Binge Eating Störung bzgl. sportlicher Aktivität, Body Surveillance und Body Shame	39
9.3.6 Unterschiede bei BN und der Binge Eating Störung bzgl. sozialer Ängstlichkeit, Control Beliefs, Selbstwert und Appearance-based Rejection Sensitivity.....	40
10 Diskussion.....	41
10.1 <i>Appearance-based Rejection Sensitivity und Essstörungssymptome</i>	41
10.1.1 Body Shame.....	42
10.2 <i>Appearance-based Rejection Sensitivity, Frequenz der sportlichen Aktivität und Control Beliefs</i>	42
10.3 <i>Geschlechtsspezifische Zusammenhänge von sportlicher Aktivität und Essstörungssymptomen</i>	43
10.4 <i>Unterschiede zwischen Personen mit Symptomen verschiedener Essstörungen</i>	43
10.4.1 Control Beliefs und sportliche Aktivität	43
10.4.2 Body Surveillance und Body Shame	44
10.4.3 Soziale Ängstlichkeit.....	45
11 Schlussfolgerung	46
12 Einschränkungen	47
13 Zusammenfassung	49
13.1 <i>Abstract deutsch</i>	52

13.2 Abstract englisch	53
Literaturverzeichnis	55
Tabellenverzeichnis	60
Abbildungsverzeichnis	61
Anhang.....	63
A.1 Einladung zur Befragung	63
A.2 Fragebogen.....	65
A.3 Lebenslauf	85

I THEORETISCHER HINTERGRUND

1 Einleitung

Essstörungen stellen in unserer Gesellschaft ein immer größer werdendes Problem dar (Schnyder, Milos, Mohler-Kuo & Dermota, 2012; Stamm, 2011). Anorexia Nervosa und Bulimia Nervosa sind Erkrankungen, die vor allem junge Frauen betreffen und dem entsprechend auch an diesen erforscht werden (Saß, Wittchen, Zaudig, & Houben, 2003). Diese Formen der Essstörungen sind weithin bekannt und werden auch in verschiedenen Unterhaltungsfilmen thematisiert (z.B.: *Center Stage*, *Gnadenlos Schön*).

Im Gegensatz dazu steht der Umgang mit Adipositas¹ bzw. der Binge Eating Störung. Hier wird selten eine Krankheit gesehen, sondern viel mehr mangelnde Disziplin im Umgang mit Nahrungsmitteln, woraus die Annahme folgt, dass sich die Betroffenen „nur zusammenreißen müssten“ um ihr Problem in den Griff zu bekommen (Hayden, Dixon, Dixon, Playfair, & O'Brien, 2010). Auch in der aktuellen Version der *International Classification of Diseases* (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) der American Psychiatric Association (APA) zeigt sich eine bestenfalls ambivalent zu nennende Stellung der Fachwelt gegenüber der Anerkennung der Binge Eating Störung als psychische Erkrankung, in sofern als diese im ICD-10 nicht vorkommt und im DSM-IV nicht direkt in der Kategorie der Essstörungen klassifiziert ist, sondern nur im Anhang als Beispiel für „nicht näher bezeichnete Essstörungen“ genannt wird (Dilling & Freyberger, 2008; Saß et al., 2003).

Eine weitere gesellschaftliche Problematik, die oft unterschätzt wird, ist der Umgang den Personen, die keine Essstörung haben, mit ihrem Körper pflegen. Vor allem der weibliche Körper wird häufig als Objekt inszeniert und wahrgenommen, sodass der Eindruck entsteht, eine Frau könnte mit ihrem äußeren Erscheinungsbild gleichgesetzt und nur über dieses beurteilt werden (Engeln-Maddox, 2006; McKinley & Hyde, 1996; Monro & Huon, 2005). Diese Form der Betrachtung kann negative Auswirkungen auf das psychische Wohlergehen von Frauen haben, da jemand der Zeitlebens nur auf seinen Körper reduziert

¹ Die Kategorisierung von Personen in unter-, normal- und übergewichtig bzw. adipös erfolgt nach den Kriterien der Weltgesundheitsorganisation (WHO), wonach eine Person mit einem Body Mass Index (BMI) von weniger als 18.5 als untergewichtig, einem BMI zwischen 18.5 und 25 als normalgewichtig, eine Person mit einem BMI über 25 als übergewichtig und eine Person mit einem BMI über 30 als adipös gilt (Weltgesundheitsorganisation(WHO), 2004).

wird irgendwann selbst aufhört andere Qualitäten an sich zu schätzen oder wahrzunehmen (McKinley & Hyde, 1996). Es gibt Anlass dazu, Zusammenhänge zwischen dem Umgang mit einer solchen Versachlichung einer Person und ihrem Selbstwert, ihrer Sicht auf den eigenen Körper und ihrer Ängstlichkeit anzunehmen (Reilly & Rudd, 2009; Tylka & Sabik, 2010).

Neben Essstörungen werden auch andere psychische Erkrankungen immer häufiger. Als Beispiel wären hier Angsterkrankungen zu nennen, die häufig in Zusammenhang mit Essstörungen auftreten und bis zu 13% der Bevölkerung direkt betreffen (Saß et al., 2003; Preti et al., 2009; Rohrauer, 2006). Essstörungen und soziale Ängste treten häufig komorbid auf. Beide Problematiken hängen mit einem geringen Selbstwert zusammen, der durch sportliche Aktivität erhöht werden kann (Barry, Pietrzak, & Petry, 2008; Campbell & Hausenblas, 2009; Saß et al., 2003).

Sportliche Aktivität selbst ist eine Variable, die immer mehr in den Fokus von Forschung zum psychischen Wohlbefinden rückt und man gewinnt den Eindruck, dass Sportinterventionen immer beliebter werden (Campbell & Hausenblas, 2009). Dass Sport positive Auswirkungen auf das körperliche und psychische Wohlbefinden hat, ist schon länger unumstritten (Kull, 2003; Ussher, Owen, Cook, & Whincup, 2007). Es konnte inzwischen aber auch belegt werden, dass Personen, die regelmäßig Sport treiben, unabhängig von ihrer Körperfülle eine positivere Einstellung zu ihrem Körper haben, als Personen, die keinen oder nur unregelmäßig Sport treiben (Campbell & Hausenblas, 2009).

Es hat sich gezeigt, dass Sportinterventionen unabhängig von eventuellen Gewichtsverlusten eine deutliche Verbesserung des Verhältnisses gebracht haben, das die Teilnehmer zu ihrem eigenen Erscheinungsbild hatten. Hier spielte vor allem die Frequenz, mit der die Personen Sport getrieben hatten, eine entscheidende Rolle (Campbell & Hausenblas, 2009).

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem Zusammenhang von Essörungssymptomen in einer nicht klinischen Bevölkerungsstichprobe mit verschiedenen Variablen, wie sozialen Ängsten und sportlicher Aktivität, die möglicherweise eine Rolle in der Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen spielen könnten. Diese Arbeit soll somit dazu beitragen, Ansätze für die Prävention und Behandlung von Essstörungen zu verbessern oder zu erweitern.

2 Essstörungen

Unter dem Begriff „Essstörungen“ werden vor allem die *Anorexia Nervosa* (AN) oder *Magersucht* und die *Bulimia Nervosa* (BN) oder *Bulimie* verstanden. Die dritte und in den Klassifikationssystemen noch nicht direkt als solche deklarierte Essstörung ist die Binge Eating Störung (BED) (Dilling & Freyberger, 2008; Saß et al., 2003).

Die Faktoren, die zur Entstehung von Essstörungen führen, sind vielfältig und ihr jeweiliger Stellenwert ist umstritten. Was sich allerdings wie ein roter Faden durch die Literatur zieht ist, dass soziokultureller Druck und das gängige dünne Schönheitsideal sowie soziale Ängstlichkeit bei Entstehung und Aufrechterhaltung der Störungen eine wichtige Rolle spielen (Bradford & Petrie, 2008; Jacobi et al., 2011; Striegel-Moore & Bulik, 2007; Striegel-Moore, Silberstein, & Rodin, 1986).

Es bestehen deutliche Geschlechtsunterschiede im Essverhalten, die bereits in der Adoleszenz ihren Anfang nehmen. In dieser Zeit setzen physiologische, vor allem hormonelle, Veränderungen und sozialer Druck ein, die die Nahrungsaufnahme und -auswahl beeinflussen (Forrester-Knauss & Zemp-Stutz, 2012; Rolls, Fedoroff, & Guthrie, 1991). Frauen neigen dazu eher weniger Süßes und mehr Gemüse zu essen sowie tendenziell weniger Kalorien zu sich zu nehmen, als die für das Alter empfohlene Menge. Frauen essen in Gesellschaft deutlich kleinere Portionen als in Situationen, in denen sie alleine sind, während dies bei Männern kaum eine Rolle spielt. Dies scheint sich daraus zu erklären, dass es als unweiblich wahrgenommen wird, wenn Frauen große Portionen essen (Rolls, Fedoroff, & Guthrie, 1991).

In einer Review von Sanchez-Carracedo, Neumark-Sztainer und Lopez-Guimera (2012) geben die Autoren eine Übersicht über verschiedene Interventionen gegen Übergewicht und Essstörungen. Bei den meisten dieser Interventionen handelt es sich um präventive Maßnahmen die, unter Berücksichtigung des Zeitraums in dem die meisten Essstörungen entstehen, größtenteils in Schulen implementiert wurden. Sie richten sich meist gegen Übergewicht, wobei Änderungen des Essverhaltens in Richtung Restriktion und Gewichtsreduktion im Vordergrund stehen. Dabei werden oft die Langzeitfolgen, wie die Entwicklung eines negativen Körperbildes oder die Anwendung ungesunder Maßnahmen zur Gewichtskontrolle vernachlässigt. Ein Beispiel für eine solche Intervention wäre eine regelmäßige schulärztliche Bestimmung des BMI von Kindern und Jugendlichen und die Benachrichtigung der Eltern wenn dieser außerhalb des wünschenswerten Bereichs liegt.

Diese Maßnahme hat zur Folge, dass die Gewichtsdiskriminierung und Hänseleien zunehmen und dies nicht nur in der Schule, sondern auch zu Hause durch die Familien (Sanchez-Carracedo et al., 2012). Gerade in der Prävention von Übergewicht ist es bedeutsam auch das Körperbild und den Selbstwert zu stärken und ungesunden Maßnahmen zur Gewichtskontrolle und einer Stigmatisierung vorzubeugen. Dazu ist es wichtig den Fokus weg von einer reinen Gewichtsreduktion in Richtung eines ganzheitlicheren Ansatzes zu verschieben (Sanchez-Carracedo et al., 2012).

In Programmen zur Bekämpfung von Anorexia und Bulimia Nervosa werden die schwierige Veränderbarkeit des eigenen Körpers und die Meidung restriktiver Diäten als besonders wichtig hervorgehoben, oft werden auch Maßnahmen zur Verbesserung des Körperbildes und der Akzeptanz der eigenen Person so, wie sie ist, gesetzt. Dieser Widerspruch in den präventiven Maßnahmen gegen Übergewicht und Magersucht und Bulimie führt dazu, dass eine mögliche Wirkung ausbleibt und verspielt die Glaubwürdigkeit derer die sie präsentieren (Sanchez-Carracedo et al., 2012).

In der Behandlung von Essstörungen steht die Wissenschaft beinahe noch am Anfang. Die einzige Methode, die bei allen Formen der Essstörungen stabile Erfolge zeigt, ist die kognitive Verhaltenstherapie (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, & Fang, 2012). Voderholzer, Cuntz und Schlegl (2012) geben eine Übersicht über verschiedene Behandlungsmethoden, die bei Essstörungen angewandt oder in diesem Zusammenhang beforscht werden. Auch hier hat sich eine Überlegenheit der kognitiven Verhaltenstherapie gezeigt. Bei Anorexia Nervosa ist, insbesondere bei Jugendlichen, auch die familienbasierte Therapie relativ erfolgreich.

Abgesehen von den beiden oben genannten gibt es viele Ansätze für mögliche Therapien, allerdings noch keine, die sich durch herausragende Wirksamkeit ausgezeichnet hätten (Voderholzer, Cuntz, & Schlegl, 2012). Einigkeit herrscht, nach Voderholzer und seinen Kollegen lediglich darüber, dass die beste Prognose diejenigen Betroffenen haben, die schon als Jugendliche in Behandlung kommen. Die Autoren resümieren, dass es am besten wäre die kognitive Verhaltenstherapie in Richtung einer Spezialisierung in Bezug auf die einzelnen Störungsbilder und ihre Besonderheiten weiter zu entwickeln, solange sich keine Therapieform wirklich durchsetzen kann.

Zu bemerken ist, dass es Mischformen der Störungen gibt sowie Problematiken, die durchaus als klinisch relevant anzusehen sind, den Diagnosekriterien allerdings nicht in

ausreichendem Maß für eine eindeutige Zuordnung zu einem Störungsbild entsprechen; ein Beispiel hierfür könnte die Erfüllung der meisten Kriterien für Anorexia Nervosa bei einer normal- oder übergewichtigen Person sein (Saß et al., 2003). Da in der vorliegenden Studie keine detaillierte klinische Diagnostik durchgeführt wurde, sondern nur grobe Zuteilungen getroffen wurden, wird im Folgenden nur auf die für diese Arbeit relevanten Reinformen der verschiedenen Essstörungen näher eingegangen.

2.1 Anorexia Nervosa

Die Anorexia Nervosa (AN) wurde vom britischen Psychiater William Gull (1874, 1888) und vom französischen Arzt Charles Lasègue (1873) beinahe gleichzeitig als neue Krankheit in den Diskurs eingeführt. Eine moderne Betrachtungsweise der Krankheit in Form eines biopsychosozialen Modells brachte erst Hilde Bruch (1973, 1979) ein. Ihre Konzeption führte zu den modernen Sichtweisen der Störung, indem sie eine Vielzahl von Studien motivierte (Striegel-Moore & Bulik, 2007).

Anorexia Nervosa ist die seltenste der drei hier genannten Essstörungen. Die Lebenszeitprävalenz liegt nach DSM-IV-TR bei 0.5%, wobei Frauen ein zehn Mal so hohes Risiko haben zu erkranken wie Männer (Saß et al., 2003). Die Diagnose kann gestellt werden, wenn bei den Betroffenen

- eine Weigerung besteht das Körpergewicht über einer Marke von 85% des für Alter und Körpergröße zu erwartenden Gewichts zu halten.
- der Gedanken an eine Gewichtszunahme oder daran dick zu werden trotz Untergewicht massive Angst auslöst.
- eine gestörte Wahrnehmung der eigenen Figur und des Körpergewichts besteht, das Körpergewicht oder die Figur einen übertriebenen Einfluss auf die Selbstbewertung haben oder der Schweregrad des gegenwärtig geringen Körpergewichts geleugnet wird.
- eine Amenorrhoe bei postmenarchalen Frauen besteht, also mindesten drei aufeinanderfolgende Menstruationszyklen ausbleiben.

(Saß et al., 2003)

Nach dem DSM-IV-TR gibt es außerdem zwei zu unterscheidende Typen von Anorexia Nervosa (Saß et al., 2003). Betroffene mit dem *Binge Eating/Purging Typus* haben Essanfälle und zeigen unangemessenes (*Purging*) Verhalten, um einer Gewichtszunahme entgegen-

zuwirken, Beispiele hierfür sind selbst induziertes Erbrechen und Missbrauch von Laxantien. Beim *restriktiven Typus* haben die Betroffenen keine Essanfälle und zeigen kein Purgings Verhalten. Langfristig sterben etwa 10% der an Anorexia Nervosa erkrankten PatientInnen (Saß et al., 2003).

2.2 Bulimia Nervosa

Bulimia Nervosa (BN) wurde 1976 von Boskind-Lodahl als *binge-purge Syndrom* beschrieben. Die Störung wurde in eine feministische Erklärung eingebettet und als Resultat der restriktiven Geschlechtsstereotypen im Allgemeinen und der Besessenheit vom Dünnssein im Speziellen betrachtet. Drei Jahre später folgte die bekanntere Definition von Bulimia Nervosa durch Russel als eine Variante der Anorexia Nervosa (Russel, 1979; Striegel-Moore & Bulik, 2007). Das heutige Verständnis der Erkrankung scheint von beiden Definitionen geprägt zu sein.

Mit einer Prävalenz von 1% bis 3% ist die Bulimia Nervosa die zweithäufigste Essstörung. Auch hier ist die Wahrscheinlichkeit zu erkranken für Frauen zehn Mal so hoch wie für Männer (Saß et al., 2003). Die Kriterien, um eine Diagnose zu stellen, sind

- wiederholte Essattacken, die sich durch den Verzehr von Nahrungsmengen auszeichnen, die erheblich größer sind als die Mengen, die die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum zu sich nehmen würden. Hinzu kommt ein Gefühl von Kontrollverlust über das Essverhalten.
- wiederholtes Setzen von unangemessenen Maßnahmen, um einer Gewichtszunahme entgegen zu wirken. Als solche Maßnahmen gelten unter anderen selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Laxantien oder anderen Arzneimitteln sowie übermäßige körperliche Betätigung.
- die oben genannten Kriterien kommen drei Monate lang mindestens zwei Mal pro Woche vor.
- die Selbstbewertung wird übermäßig von Körpergewicht und Figur bestimmt.
- Das Verhalten tritt nicht nur während einer Episode von Anorexia Nervosa auf.

(Saß et al., 2003)

Auch bei der Bulimia Nervosa werden zwei Typen unterschieden, die sich in der Art der Maßnahmen unterscheiden, die gegen eine mögliche Gewichtszunahme nach einer

Essattacke getroffen werden. Betroffene mit dem *Purging Typus* induzieren regelmäßig Erbrechen oder missbrauchen Laxantien, Diuretika oder Klistiere. Betroffene mit dem *Nicht-Purging Typus* fasten regelmäßig oder betätigen sich in übermäßiger Weise körperlich. Das Körpergewicht spielt hier keine besondere Rolle in der Diagnostik. Bei vielen Betroffenen verbessert sich die Symptomatik langfristig, wobei die Prognose günstiger ist, je länger die Dauer der Remissionsphasen ist (Saß et al., 2003).

2.3 Binge Eating Störung

Die Binge Eating Störung (BED) wurde erstmals 1959 von Stunkard beschrieben, als ihm unter übergewichtigen Patienten eine Untergruppe auffiel, die Essanfälle hatte, aber keine Maßnahmen zur Gegenregulation ergriff. Als wissenschaftliches Forschungsgebiet wurde die Binge Eating Störung allerdings erst von einer breiteren Masse entdeckt, als sie im DSM-IV als Beispiel für eine nicht näher bezeichnete Essstörung angeführt wurde (de Zwaan & Friedrich, 2006). Damit ist sie trotz ihrer großen Relevanz das jüngste Essstörungsmodell der drei beschriebenen.

Die Prävalenzrate für die Binge Eating Störung liegt bei 0.7-4%, womit sie die häufigste Essstörung ist. Die Wahrscheinlichkeit für Frauen zu erkranken liegt etwa 1.5 Mal so hoch wie für Männer (Saß et al., 2003). Die Binge Eating Störung ist im DSM-IV als *nicht näher bezeichnete Essstörung* kategorisiert. In diese Kategorie sollen Betroffene eingeordnet werden, die folgende Forschungskriterien erfüllen.

- Es kommt zu wiederholten Essanfällen, die wie bei der Bulimia Nervosa charakterisiert sind.
- Während dieser Essanfälle kommt es zu mindestens drei der folgenden fünf Symptome. Betroffene
 - essen wesentlich schneller als normal.
 - essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl.
 - essen große Nahrungsmengen, auch wenn sie sich körperlich nicht hungrig fühlen.
 - essen alleine, weil sie aufgrund der Menge die sie essen Verlegenheit verspüren.

- haben nach dem übermäßigen Essen Ekelgefühle sich selbst gegenüber, verspüren eine Deprimiertheit oder haben große Schuldgefühle.
- Die Betroffenen leiden aufgrund der Essanfälle.
- Die Essanfälle treten über einen Zeitraum von sechs Monaten an mindestens zwei Tagen in der Woche auf.
- Es werden im Zusammenhang mit den Essanfällen keine unangemessenen Maßnahmen zur Verhinderung einer Gewichtszunahme gesetzt und die Essanfälle treten nicht ausschließlich im Rahmen einer Anorexia oder Bulimia Nervosa auf.

(Saß et al., 2003)

Der Verlauf der Binge Eating Störung scheint bei in Behandlung befindlichen Betroffenen chronisch zu sein. Langfristige Folgen der Erkrankung sind Adipositas und damit assoziierte gesundheitliche Beschwerden (Saß et al., 2003).

3 Soziale Ängstlichkeit

Die Wahrscheinlichkeit im Laufe des Lebens eine soziale Phobie bzw. soziale Ängstlichkeit zu entwickeln liegt laut DSM-IV-TR zwischen 3% und 13% (Saß et al., 2003). Zwischen 10% und 20% der Personen, die sich wegen einer Angststörung in ambulanter Betreuung befinden, leiden unter einer sozialen Phobie. Es gibt widersprüchliche Befunde darüber, ob Männer und Frauen unterschiedlich häufig erkranken bzw. in welche Richtung diese Unterschiede gehen (Saß et al., 2003).

Um eine soziale Phobie bei Personen über 18 Jahren zu diagnostizieren müssen

- soziale bzw. Leistungssituationen aus der Befürchtung heraus, mit Fremden konfrontiert oder von anderen beurteilt zu werden und sich peinlich zu verhalten oder sich selbst zu demütigen, Angst hervorrufen.
- durch die Konfrontation mit einer solchen Situation Angstreaktionen, die sich bis zu einer situativ gebundenen Panikattacke ausweiten können, hervorgerufen werden.
- die Betroffenen selbst ihre Ängste als übertrieben oder unbegründet ansehen.

- die Betroffenen die gefürchteten Situationen entweder vermeiden oder sie nur unter starker Angst ertragen.
- die normale Lebensführung, die beruflichen Leistungen oder die sozialen Aktivitäten der Betroffenen durch ihre ängstliche Erwartungshaltung, ihr Vermeidungsverhalten oder das Unbehagen in den gefürchteten Situationen beeinträchtigt sein oder die Ängste zu einem erheblichen Leiden führen.
- andere verursachende Faktoren der Angstsymptome bzw. der Vermeidung, wie medizinische Krankheitsfaktoren, direkte Wirkungen einer Substanz oder andere psychische Störungen, ausgeschlossen werden.

(Saß et al., 2003)

Die soziale Phobie beginnt meist im Alter von etwa 15 Jahren entweder nach einem belastenden oder peinlichen Erlebnis oder schleichend und dauert meist ein Leben lang. Der Verlauf ist in der Regel kontinuierlich (Saß et al., 2003). Die soziale Phobie geht häufig der Bulimia Nervosa voraus. Es ist möglich, dass Personen mit anderen psychischen Störungen, wie Essstörungen eine Angstsymptomatik entwickeln, die in Zusammenhang mit den Symptomen, wie Essanfällen, stehen. Ist dies der Fall und treten die Ängste wirklich nur im Zusammenhang mit diesen Symptomen auf, sollte keine soziale Phobie, sondern eine *nicht näher bezeichnete Angststörung* diagnostiziert werden (Saß et al., 2003).

4 Appearance-based Rejection Sensitivity

Die *Appearance-based Rejection Sensitivity* (Appearance-RS; A-RS) ist ein Persönlichkeitsmodell das beschreibt, wie sensibel eine Person auf Zurückweisung aufgrund ihres Aussehens reagiert. Das Modell wurde von Lora Park (2007) gleichzeitig mit der entsprechenden Skala zur Erhebung vorgestellt. In einem späteren Artikel folgte in Anlehnung an die Personal Rejection Sensitivity von Downey und Feldman (1996) die genauere Definition „Appearance-RS is a personality processing system characterized by a dispositional tendency to anxiously expect, readily perceive, and overreact to signs of rejection based on one’s physical appearance“ (Park, DiRaddo, & Calogero, 2009, p. 108).

Das Konstrukt der Appearance-RS stellt eine Spezifizierung der Personal Rejection Sensitivity von Downey und Feldman (1996) in Bezug auf das körperliche Erscheinungsbild dar. Es trägt stärker der Tatsache Rechnung, dass körperliche Attraktivität eine große Rolle im Alltag und für verschiedene Persönlichkeitsvariablen, wie etwa den Selbstwert oder eben

ängstlichen Erwartungen von anderen zurückgewiesen zu werden, spielt. Diese ängstliche Erwartung von Zurückweisung aufgrund des Aussehens hat auch unabhängig von der allgemeinen Sensibilität für Zurückweisung Folgen für die Gesundheit und Auswirkungen auf andere Persönlichkeitsfaktoren (Park, 2007).

Dadurch, dass die Appearance-RS noch ein relativ junges Konstrukt ist, ist auch die Anzahl der empirischen Erkenntnisse begrenzt. Allerdings wurden in studentischen Stichproben immer wieder Zusammenhänge zwischen hoher Appearance-RS und Symptomen von Anorexia Nervosa und Bulimia Nervosa und einem geringen Selbstwert gefunden. Die Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass Appearance-RS als Prädiktor für die genannten Essstörungenproblematiken in Frage kommt (Calogero, Park, Rahemtulla, & Williams, 2010; Park, 2007).

Die Forschung hat sich allerdings von den Essstörungen weg, hin zur *Körperdysmorphen Störung (Body Dysmorphic Disorder oder BDD)* gewandt, wodurch nur wenige Erkenntnisse bezüglich der Essstörungen gewonnen wurden (Park, Calogero, Young, & DiRaddo, 2010). Auch wurde in der entsprechenden Forschung zur Appearance-RS die Binge Eating Störung völlig außer Acht gelassen (Calogero et al., 2010; Park, 2007).

Es bleiben auch Fragen offen, die die Abgrenzung der Appearance-RS von anderen Modellen betreffen. So wurde bisher nicht untersucht, ob die Appearance-based Rejection Sensitivity Scale etwas anderes misst als soziale Ängstlichkeit oder auf den eigenen Körper bezogene Selbstaufmerksamkeit. Dies ist erstaunlich, da die Untersuchung dieser beiden Variablen im Einführungsartikel vorgeschlagen wurde (Park, 2007).

5 Objectification Theory

Die *Objectification Theory* wurde von Fredrickson und Roberts (1997) aufgestellt. Vorausgeschickt ist zu bemerken, dass die Autorinnen mit ihrer Theorie keinen Anspruch stellen, universelle Erklärungen zu liefern; sie betonen, dass die Theorie nicht auf jede Person gleichermaßen zutrifft beziehungsweise, dass nicht notwendigerweise jede Person im gleichen Ausmaß betroffen ist (Fredrickson & Roberts, 1997).

Die Objectification Theory beschreibt die negativen Auswirkungen, die es auf Frauen hat, wenn sie als Objekt betrachtet, also auf ihr körperliches Erscheinungsbild reduziert oder mit diesem gleichgesetzt werden. Hierbei ist der wichtigste Punkt, dass Frauen die Art, wie sie betrachtet werden übernehmen und somit die äußeren Standards als ihre eigenen

annehmen. Problematisch wird dies dadurch, dass diese Standards nicht oder kaum erreichbar sind und somit immer eine große Differenz zwischen dem zu erreichenden Ideal und der Realität herrscht (Moradi & Huang, 2008; Thompson, Heinberg, Altabe, & Tantleff-Dunn, 1999). Als Ideal wird das medial, vor allem durch Werbung verbreitete Bild von Frauen – schlank, jung, helle Haut – angesehen. Diesem Ideal entspricht nur eine von 40000 Frauen, was rechtfertigt, es als unerreichbar anzusehen (Fredrickson & Roberts, 1997). In den Jahren 2006 und 2007 hatten 43.3% der österreichischen Frauen einen BMI über 25 wohingegen nur 2.9% der Frauen einen BMI unter 18.5 hatten und somit dem Ideal, das durch die Medien² propagiert wird, entsprachen – und dem Kriterium für Untergewicht der WHO (Statistik Austria, 2007; WHO, 2004).

Die Diskrepanz zwischen diesem nicht zu erreichenden Ideal und der (wahrgenommenen) Realität hat verschiedene Folgen für die Frauen. Sie empfinden öfter Scham über ihr Erscheinungsbild als Männer (Fredrickson & Roberts, 1997; Stice, 2001a). Eine Erklärung, die Fredrickson und Roberts (1997) hierfür liefern, ist, dass Frauen sich in einem Prozess der kontinuierlichen Selbstevaluation befinden, in dem sie sich mit den kritischen Augen eines Fremden betrachten, der sie mit dem vorgegebenen Ideal vergleicht. Zumal dieser Vergleich nur zu Ungunsten der jeweiligen Frau ausgehen kann, entsteht Scham über die Verfehlung, dem Ideal nicht zu entsprechen (Fredrickson & Roberts, 1997; Stice, 2001b).

Eine weitere Folge der Soll-Ist-Diskrepanz ist Ängstlichkeit. Diese wird von Fredrickson und Roberts (1997) in zwei Facetten unterteilt. Die *appearance anxiety* stellt die erste Facette dar und wird vermutlich von negativen sozialen Erfahrungen schon in der Kindheit ausgelöst. Hier spielen negative Kommentare über das Aussehen eine entscheidende Rolle. Die zweite Facette wird *safety anxiety* genannt und beschreibt eine grundlegende Angst davor, Opfer von sexuellen Übergriffen zu werden, der alle Frauen im Gegensatz zu den meisten Männern ausgesetzt sind.

Auch das Fehlen von Momenten höchster Motivation (*peak motivational states*) kann eine der negativen Auswirkungen der Betrachtung von Frauen als Objekt sein. Da die Frauen immer einen gewissen Teil ihrer Aufmerksamkeit auf ihr Äußeres verwenden müssen,

² In der fünften Staffel der beliebten Fernsehsendung „Austria’s Next Topmodel“ hatten von 20 jungen Frauen nur fünf einen BMI über 18.5 während gleichzeitig drei der Teilnehmerinnen einen BMI von unter 17 hatten (PULS4 TV GmbH & CoKG, 2013).

können sie kaum in einen Zustand kommen, in dem sie in dem was sie gerade machen völlig aufgehen. Die Bewusstheit über interne körperliche Zustände kann bei Frauen in einer Gesellschaft, in der sie vergegenständlicht werden, ebenfalls beeinträchtigt werden (Fredrickson & Roberts, 1997).

Diese verschiedenen negativen Effekte spielen bei der Entstehung von einigen psychischen Störungen eine Rolle. Ein Beispiel hierfür sind Essstörungen. Anorexia Nervosa und Bulimia Nervosa können als Versuch betrachtet werden, den gesellschaftlichen Idealen zu entsprechen, während die Binge Eating Störung eine Möglichkeit darstellt, aus dem System der Vergegenständlichung auszubrechen (Fredrickson & Roberts, 1997).

Die Objectification Theory wurde später auch auf, vornehmlich homosexuelle und bisexuelle Männer ausgeweitet. Hier sind die Ergebnisse, ob sich für Männer ähnliche negative Konsequenzen wie für Frauen ergeben, nicht eindeutig (Engeln-Maddox, Miller, & Doyle, 2011; Fredrickson, Roberts, Noll, Quinn, & Twenge, 1998; Moradi & Huang, 2008).

5.1 *Objectified Body Consciousness*

Frauen internalisieren die kulturellen Normen dafür, wie ein Körper auszusehen hat, so stark, dass sie den Eindruck haben, es wären ihre eigenen Standards und sie überzeugt sind, es wäre möglich, diese Standards zu erreichen (McKinley & Hyde, 1996). McKinley nannte diese Erfahrung des Körpers als Objekt und die Überzeugungen, die diese Erfahrung unterstützen *Objectified Body Consciousness* (OBC) (McKinley, 1995). Die entsprechende Skala zur Erhebung dieses Konstrukts wurde von Fredrickson und Roberts (1997) als Methode zur Operationalisierung der Inhalte der Objectification Theory vorgeschlagen. Den Annahmen über die Internalisierung kultureller Normen entsprechend sehen McKinley und Hyde (1996) die OBC in drei Komponenten aufgeteilt.

Als erste dieser Komponenten sei die *Body Surveillance* genannt, also der Blick von Frauen auf sich selbst mit den Augen eines kritischen Außenstehenden, was dazu führt, dass das Verhältnis der Frau zu ihrem Körper dem eines externen Beobachters zu einem Objekt gleicht.

Die zweite der drei Komponenten wird *Body Shame* genannt. Diese beschreibt die Scham, die Frauen empfinden, wenn sie den internalisierten kulturellen Standards nicht gerecht werden. Die Autorinnen gehen davon aus, dass die Scham größer wird, je stärker die

externen Normen als die eigenen angesehen werden. Somit ist Body Shame als Maß für den Grad der Internalisierung kultureller, auf das Aussehen bezogener Normen zu verstehen.

Die dritte Komponente sind die *Control Beliefs*. Diese drücken aus, wie sehr eine Person davon überzeugt ist, Kontrolle über das Aussehen ihres eigenen Körpers zu haben. Je größer diese Überzeugung ist, desto mehr wird eine Person leiden, wenn sie das vorgegebene Ideal nicht erreicht. Dies wurde durch eine Studie zur Objectified Body Consciousness unterstützt, in der sich gezeigt hat, dass Personen mit restriktivem Essverhalten stärker davon überzeugt sind, das Aussehen ihres Körpers kontrollieren zu können (McKinley & Hyde, 1996).

Die Objectified Body Consciousness, vor allem Body Surveillance und Body Shame, konnte mit verschiedenen psychischen Störungen, wie sozialer Ängstlichkeit sowie mit einem negativen Körperbild und auch mit Essstörungen in Zusammenhang gebracht werden (Calogero, Davis, & Thompson, 2005; Striegel-Moore & Bulik, 2007). Als Beispiel sei eine Untersuchung genannt, die ergab, dass völlig von einer Essstörung genesene Personen im Grad der Body Surveillance und Body Shame denjenigen ohne Essstörungen in ihrer Vergangenheit entsprachen, während Personen, die nur teilweise genesen waren gleiche Body Surveillance und Body Shame aufwiesen wie Personen mit einer voll ausgeprägten Essstörung (Fitzsimmons-Craft, Bardone-Cone, & Kelly, 2011).

6 Entwicklung der Hypothesen

Es soll nun kurz auf die Überlegungen eingegangen werden, die hinter verschiedenen Hypothesen der vorliegenden Arbeit stehen, welche nicht unmittelbar aus den bisherigen Kapiteln hervorgehen.

Diese Arbeit beschäftigt sich, wie weiter oben bereits erwähnt, mit dem Zusammenhang von Essstörungssymptomen mit verschiedenen Persönlichkeitsvariablen und Konstrukten. Besonderer Wert wird auf die getrennte Untersuchung der verschiedenen Formen von Essstörungen (Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa und Binge Eating Störung) gelegt, zumal dies in der Literatur oft vernachlässigt wird (Forrester-Knauss & Zemp-Stutz, 2012; Park, 2007). Da es sich bei der Bulimia Nervosa und der Binge Eating Störung um sehr ähnliche Störungen handelt, war in dieser Studie aus ökonomischen Überlegungen keine gänzlich unabhängige Erhebung möglich (siehe unten) (Saß et al., 2003).

6.1 *Appearance-based Rejection Sensitivity und Binge Eating*

Aus den bereits bestehenden Erkenntnissen zur Appearance-RS lassen sich einige Schlüsse für die vorliegende Studie ziehen. Aufgrund der Tatsachen, dass übergewichtige Personen meist einen niedrigeren Selbstwert haben als normalgewichtige Personen und dass Binge Eating mit Übergewicht zusammenhängt, sowie aufgrund des Zusammenhangs zwischen Selbstwert und Appearance-RS lässt sich schließen, dass übergewichtige Personen bzw. Personen mit Symptomen der Binge Eating Störung eine höhere Appearance-RS haben werden, als normalgewichtige Personen (Gargari, Khadem-Haghighian, Taklifi, Hamed-Bezhad, & Shahraki, 2010).

6.2 *Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Bulimia Nervosa und der Binge Eating Störung*

Das entscheidende Diagnosekriterium, durch das sich Bulimia Nervosa und die Binge Eating Störung unterscheiden, ist die unangemessene Gewichtsregulation nach Essanfällen (Saß et al., 2003). Eine solche Regulation kann unter anderem durch sportliche Aktivität erfolgen, woraus sich ergeben würde, dass Personen mit Symptomen der Bulimia Nervosa mehr Sport treiben könnten als Personen mit Symptomen der Binge Eating Störung (Saß, 2003). Maßnahmen zur Gewichtsregulation bei Bulimia Nervosa stellen auch einen Versuch dar, die während der Essanfälle verlorene Kontrolle wiederzugewinnen, was für höhere Control Beliefs bei Personen mit Symptomen der Bulimia Nervosa im Vergleich zu Personen mit Symptomen der Binge Eating Störung sprechen würde (McKinley & Hyde, 1996; Saß, 2003). Andererseits liegt aufgrund des erlebten Kontrollverlusts während Essanfällen auch die Vermutung nahe, dass Personen mit Symptomen der Bulimie und der Binge Eating Störung in einem ähnlich geringen Ausmaß davon überzeugt sind, Kontrolle über ihr Aussehen zu haben.

Der Einsatz unangemessener Maßnahmen zur Gewichtsregulation könnte ein Zeichen dafür sein, dass Personen mit Bulimie mehr Aufmerksamkeit auf sich selbst, vor allem auf ihren Körper, richten sowie das kulturell vorgegebene Schönheitsideal stärker internalisiert haben, was zu einem größeren Druck führt, gegen eine mögliche Entfernung von diesem Ideal vorzugehen. Daraus ließe sich schließen, dass Personen mit Symptomen der Bulimia Nervosa im Verhältnis zu Personen mit Symptomen der Binge Eating Störung wahrscheinlich eine größere Body Surveillance sowie Body Shame zeigen.

Es hat sich in Studien gezeigt, dass Personen mit Symptomen der Bulimie und der Binge Eating Störung einander in der Häufigkeit des Auftretens von psychischen Störungen, die mit einer erhöhten Appearance-RS einhergehen, wie Ängstlichkeit oder affektive Störungen, sehr ähneln (Cassin & von Ranson, 2005; Godart, Flament, Lecrubier, & Jeammet, 2000; Schwalberg, Barlow, Alger, & Howard, 1992). Allerdings ist hier zu bemerken, dass Übergewicht und Adipositas auch das Risiko für Angsterkrankungen gegenüber normalgewichtigen Personen erhöhen (Barry et al., 2008).

6.3 Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Anorexia Nervosa und Bulimia Nervosa

Personen mit Symptomen der Anorexia Nervosa und Personen mit Symptomen der Bulimia Nervosa unterscheiden sich diagnostisch vor allem durch ihr Gewicht und das Vorhandensein von regelmäßigen Essanfällen (Saß et al., 2003). Es gibt auch Untersuchungen, die zeigen, dass diese beiden Personengruppen durch einen geringen Selbstwert gekennzeichnet sind (Tylka & Sabik, 2010). Ein geringer Selbstwert steht in Zusammenhang mit erhöhter sozialer Ängstlichkeit und erhöhter Appearance-RS. Diese beiden Problematiken können sich darin widerspiegeln, dass die Aufmerksamkeit, mit der der eigene Körper betrachtet wird, erhöht ist und Maßnahmen zur Vermeidung von Gewichtszunahme ergriffen werden, was für erhöhte Body Surveillance und Body Shame sprechen würde (Cassin & von Ranson, 2005; Park, 2007).

II EMPIRISCHER TEIL

7 Fragestellungen

Die folgenden Fragestellungen leiten sich aus den oben (Kapitel 6) beschriebenen Überlegungen her.

7.1 Fragestellung 1

Hat das Ausmaß der Appearance-based Rejection Sensitivity noch einen Erklärungswert bzgl. Essstörungssymptomen, wenn die Variablen soziale Ängstlichkeit, Body Surveillance, Body Shame, Control Beliefs und Selbstwert kontrolliert werden?

Hypothese 1.1: Personen mit Symptomen der Anorexia Nervosa zeigen auch bei Kontrolle möglicher anderer Einflussfaktoren eine erhöhte Appearance-based Rejection Sensitivity (Park, 2007).

Hypothese 1.2: Personen mit Symptomen der Bulimia Nervosa zeigen auch bei Kontrolle möglicher anderer Einflussfaktoren eine erhöhte Appearance-based Rejection Sensitivity (Park, 2007).

Hypothese 1.3: Personen mit Symptomen der Binge Eating Störung zeigen auch bei Kontrolle möglicher anderer Einflussfaktoren eine erhöhte Appearance-based Rejection Sensitivity (Gargari et al., 2010).

Hypothese 1.4: Control Beliefs werden keinen relevanten zusätzlichen Beitrag zur Aufklärung des Zusammenhangs zwischen Appearance-based Rejection Sensitivity und Essstörungssymptomen leisten (Fitzsimmons-Craft et al., 2011; McKinley & Hyde, 1996).

7.2 Fragestellung 2

Bestehen bezüglich der verschiedenen Variablen Unterschiede zwischen Personen, die unterschiedlich viel Sport treiben?

Hypothese 2.1: Je höher die Frequenz ist, mit der eine Person Sport treibt, desto geringer werden, unabhängig von Sportart und Dauer, Appearance-based Rejection Sensitivity, Body Shame, Body Surveillance und soziale Ängstlichkeit dieser Person sein (Biddle, 1995; Campbell & Hausenblas, 2009).

Hypothese 2.2: Je mehr Symptome von Anorexia Nervosa bzw. von Bulimia Nervosa eine Person zeigt, desto häufiger und länger wird diese Person, unabhängig von Appearance-based Rejection Sensitivity, Body Surveillance und Body Shame, Sport treiben (Saß et al., 2003).

Hypothese 2.3: Je stärker bei einer Person Appearance-based Rejection Sensitivity, soziale Ängstlichkeit und Body Surveillance ausgeprägt sind, desto weniger wird sie Sport betreiben, bei dem sie mit anderen Menschen in Kontakt kommt (Mercurio & Rima, 2011; Park & Pinkus, 2009).

Hypothese 2.4: Je größer die Control Beliefs einer Person sind, desto mehr Sport wird sie, unabhängig von anderen Variablen, treiben (McKinley & Hyde, 1996).

7.3 Fragestellung 3

Gibt es Unterschiede zwischen Personen mit den drei Arten der Essstörungssymptome bezüglich der Variablen soziale Ängstlichkeit, Body Surveillance, Body Shame, Control Beliefs, Selbstwert und Appearance-based Rejection Sensitivity?

Hypothese 3.1: Personen mit Symptomen der Anorexia Nervosa werden stärker davon überzeugt sein die Kontrolle zu haben, als Personen mit Symptomen der Bulimia Nervosa und der Binge Eating Störung (Saß et al., 2003; McKinley & Hyde, 1996).

Hypothese 3.2: Personen mit Symptomen der Bulimia Nervosa werden mehr Sport treiben, stärkere Body Surveillance und stärkere Body Shame haben als Personen mit Symptomen der Binge Eating Störung (Saß et al., 2003).

Hypothese 3.3: Personen mit Symptomen der Anorexia Nervosa werden stärkere Control Beliefs und eine höhere Body Surveillance haben sowie mehr Sport treiben als Personen mit Symptomen der Binge Eating Störung (Saß et al., 2003).

Hypothese 3.4: Personen mit Symptomen der Bulimia Nervosa und der Anorexia Nervosa werden sich in den Ausprägungen sozialer Ängstlichkeit, Body Surveillance, Body Shame, Selbstwert und Appearance-based Rejection Sensitivity nicht signifikant voneinander unterscheiden (Saß et al., 2003; Cassin & von Ranson, 2005; Park, 2007; Tylka & Sabik, 2010).

Hypothese 3.5: Personen mit Symptomen der Bulimia Nervosa und der Binge Eating Störung werden sich in den Ausprägungen sozialer Ängstlichkeit, Control Beliefs, Selbstwert und Appearance-based Rejection Sensitivity nicht signifikant voneinander unterscheiden (Barry et al., 2008; Cassin & von Ranson, 2005; Godart et al., 2000; McKinley & Hyde, 1996; Schwalberg et al., 1992).

Hypothese 3.6: Personen mit Symptomen der Anorexia Nervosa und der Binge Eating Störung werden sich in sozialer Ängstlichkeit, Body Shame, Selbstwert und Appearance-

based Rejection Sensitivity nicht signifikant voneinander unterscheiden (Cassin & von Ranson, 2005; Godart et al., 2000).

8 Methode

8.1 Stichprobe

Die Stichprobe setzte sich aus 188 Teilnehmern zusammen, die online einen Fragebogen ausgefüllt hatten. Eine Person wurde ausgeschlossen, da sie das festgelegte Mindestalter von 18 Jahren unterschritt. Unter den übrigen Teilnehmern waren 82 Männer (43.9%) und 105 Frauen (56.1%). Die Teilnehmer waren zwischen 18 und 72 Jahre alt die Frauen waren im Durchschnitt fünf Jahre jünger als die Männer (siehe Tabelle 1).

Die Muttersprache der Teilnehmer war vorwiegend deutsch, nur zehn Personen hatten eine andere Muttersprache. Je eine Person gab als Muttersprache englisch, hindi, italienisch, kurdisch, polnisch oder rumänisch an bzw. machte keine Angabe, zwei Personen gaben russisch als ihre Muttersprache an. Die Staatsbürgerschaft der meisten Teilnehmer war deutsch, österreichisch oder schweizerisch, nur drei Personen hatten die Staatsbürgerschaft eines anderen Landes (Afghanistan, Großbritannien und Italien) und eine Person hatte eine Doppelstaatsbürgerschaft (deutsch/polnisch). Diese Informationen wurden hauptsächlich erhoben, um mögliche Effekte durch ein ungenügendes Sprachverständnis des Fragebogens zu vermeiden; es zeigten sich jedoch keinerlei solcher Effekte.

Die meisten Teilnehmer hatten als höchste abgeschlossene Ausbildung die Matura bzw. das Abitur oder einen Hochschulabschluss angegeben. Unter den Frauen hatten alle einen höheren Abschluss als die Pflichtschule und es gab prozentual mehr Frauen (46.7%) mit Maturaabschluss als Männer (39.0%), es gab etwa gleich viele männliche Akademiker wie weibliche, allerdings waren unter den Frauen (27.6%) mehr Teilnehmer mit einem akademischen Grad höher als Bachelor als unter den Männern (13.4%). Damit waren die Frauen tendenziell höher gebildet als die Männer.

Die meisten Personen waren ledig (39.0%) oder lebten mit ihrem Partner in einem Haushalt (33.7%). Unter den Frauen (28.6%) gab es tendenziell mehr Teilnehmer, die in einer Beziehung, aber nicht in einem Haushalt gemeinsam mit dem Partner lebten, als unter den Männern (19.5%). Die meisten Teilnehmer waren Kinderlos (137 Personen), wobei Männer (69.5% kinderlos) mehr Kinder hatten als Frauen (76.2% kinderlos).

Die sexuelle Orientierung wurde erhoben, aufgrund der geringen Anzahl von nur neun homo- bzw. bisexuellen Teilnehmern allerdings nicht weiter berücksichtigt.

Der durchschnittliche Body Mass Index (BMI) für alle Teilnehmer lag bei 24.66 Punkten und damit nach WHO knapp im normalen Gewichtsbereich (WHO, 2004). Die Frauen hatten im Durchschnitt einen niedrigeren BMI als die Männer (siehe Tabelle 1). Unter den Männern gab es keinen Teilnehmer mit Untergewicht, während sieben Frauen einen BMI unter 18.50 angaben. Während 51.2% der Männer übergewichtig waren, gab es unter den Frauen nur 25.7% deren BMI über der Grenze zum Normalgewicht lag. Die Anzahl der adipösen Teilnehmer war bei Männern und Frauen in etwa gleich hoch.

Tabelle 1: Demographische Variablen getrennt nach Geschlecht

	Männer	Frauen				
<i>N</i>	82 (43.9%)	105 (56.1%)				
Alter	<i>M</i> = 35.56 (<i>SD</i> = 14.03)	<i>M</i> = 30.57 (<i>SD</i> = 10.58)	<i>t</i> = 2.68	<i>df</i> = 146	<i>p</i> = .008	<i>d</i> = -0.40
BMI	<i>M</i> = 26.04 (<i>SD</i> = 4.24)	<i>M</i> = 23.59 (<i>SD</i> = 4.84)	<i>t</i> = 3.61	<i>df</i> = 185	<i>p</i> < .001	<i>d</i> = 0.54
Ausbildung						
Pflichtschule	3 (3.7%)	0 (0.0%)				
Hauptschule	6 (7.3%)	3 (2.9%)				
Lehre	17 (20.7%)	17 (16.2%)				
Matura/Abitur	32 (39.0%)	49 (46.7%)				
Hochschulabschluss BA	13 (15.9%)	7 (6.7%)				
Hochschulabschluss höher als BA	11 (13.4%)	29 (27,6%)				
Familienstand						
Ledig	38 (46.3%)	35 (33.3%)				
In einer Beziehung	16 (19.5%)	30 (28.6%)				
Mit Partner im Haushalt	28 (34.1%)	35 (33.3%)				
Geschieden / in Trennung	0 (0.0%)	5 (4.8%)				
Kinder						
Keine Kinder	57 (69.5%)	80 (76.2%)				
1 Kind	8 (9.8%)	13 (12.4%)				
2 Kinder	13 (15.9%)	9 (8.6%)				
Mehr als 2 Kinder	4 (4.9%)	3 (2.9%)				

8.2 Studiendesign

Es handelte sich um eine Online-Befragung. Eine Einladung zur Befragung wurde in verschiedenen Foren zu den Themen Sport, Fitness, Abnehmen und Diät (z.B.: abnehmen.com, diaet.com, netzathleten.de, workout.de) sowie in einigen Foren ohne bestimmte inhaltliche Festlegungen (z.B.: overclockers.at) gepostet, zusätzlich wurde die gleiche Einladung via E-Mail an Freunde und Bekannte der Autorin verschickt, um per Schneeballmethode eine Stichprobe zu generieren. Die Mehrheit der Teilnehmer (75.4%) wurde über Internetforen erreicht. Nur 14.4% bzw. 10.2% der Teilnehmer gaben an via E-Mail oder von Freunden von der Befragung erfahren zu haben.

Die Einladung variierte nur in der Anrede der Adressaten („Liebe Forenmitglieder!“ bzw. „Lieber Empfänger! Liebe Empfängerin!“) und enthielt die wichtigsten Informationen über die Befragung, wie eine vage Beschreibung des Themas, einen Link zum Fragebogen, eine ungefähre Angabe, wie viel Zeit das Ausfüllen in Anspruch nehmen würde, einen Hinweis auf die Anonymität der Teilnahme und die Ankündigung der Verlosung von Gutscheinen (siehe Anhang). Als Incentives wurden drei Gutscheine von Amazon.de im Wert von je 20€ verlost. Zu diesem Zweck wurde am Ende des Online-Fragebogens automatisch nach der E-Mail-Adresse gefragt. Um die Auswertung zu erleichtern und um vor allem motivierte Personen zu erreichen und ein einfaches „Durchklicken“ zu erschweren, herrschte im Online-Fragebogen Antwortzwang (Thielsch, 2008).

Der Online-Fragebogen hatte 19 Seiten. Auf der ersten wurden die Teilnehmer noch einmal über Anonymität und Freiwilligkeit aufgeklärt, sowie darum gebeten, ehrlich zu antworten. Auf der zweiten Seite waren die demographischen Angaben zu machen, danach folgten die Seiten mit den Teilfragebögen. Der Online-Fragebogen war so gestaltet, dass die Teilnehmer möglichst wenig scrollen mussten. Nachdem alle Fragen beantwortet waren erfolgte die Frage nach der E-Mail-Adresse und auf der letzten Seite eine Verabschiedung (siehe Anhang). Die Daten wurden automatisch und passwortgeschützt online gespeichert, wobei die Angaben aus dem Online-Fragebogen und die E-Mail-Adressen in zwei unabhängigen Datensätzen gespeichert wurden, um die Anonymität der Teilnehmer zu gewährleisten.

Nach Ablauf der dreimonatigen Erhebungsfrist von 04. Juli bis 04. Oktober 2012 wurden die Daten in ein SPSS-Dokument heruntergeladen und in diesem Programm auch ausgewertet.

8.3 Verwendete Verfahren

8.3.1 Appearance-based Rejection Sensitivity Scale

Dieses Instrument war auf deutsch nicht verfügbar, daher wurde eine deutsche Übersetzung der *Appearance-based Rejection Sensitivity Scale* (Appearance-RS Scale) von Park (2007), die nach der Translate-Retranslate Methode von zwei Personen mit Cambridge Englischzertifikaten erstellt wurde, verwendet (Stieglitz, 2008).

Die Skala besteht aus 15 Situationsbeschreibungen (z.B.: „Sie verlassen Ihr Haus um zu einer ersten Verabredung zu gehen als Sie einen Pickel in Ihrem Gesicht bemerken“). Diese Situationen sollen auf einer sechsstufigen Skala in Bezug darauf bewertet werden, wie ängstlich bzw. besorgt die Person ist, aufgrund ihres Aussehens zurückgewiesen zu werden (z.B.: „Wie besorgt oder nervös wären Sie, dass Ihre Verabredung Sie aufgrund Ihres Aussehens weniger attraktiv findet?“, 1 = *sehr unbesorgt*, 6 = *sehr besorgt*) und für wie wahrscheinlich sie eine solche Zurückweisung hält („Ich würde erwarten, dass die Person mich weniger attraktiv findet.“ 1 = *sehr unwahrscheinlich*, 6 = *sehr wahrscheinlich*). Die in der Literatur berichtete Test-Retest-Reliabilität der Skala ist als hoch zu bewerten ($r_{tt} = .69$, $p < .001$) und in der vorliegenden Untersuchung lag eine hohe interne Konsistenz ($\alpha = .99$) vor (Park, 2007).

8.3.2 Objectified Body Consciousness Scale

Es wurde eine deutsche Übersetzung der *Objectified Body Consciousness Scale* (OBCS) von McKinley und Hyde (1996), die nach der Translate-Retranslate Methode von zwei Personen mit Cambridge Englischzertifikaten erstellt wurde verwendet (Stieglitz, 2008).

Die OBCS besteht aus 24 Aussagen, die auf einer siebenstufigen Skala danach bewertet werden sollen, ob die Person zustimmt oder nicht bzw. ob die Aussage zutreffen kann (1 = *stimme gar nicht zu*, 6 = *stimme völlig zu*, 7 = *nicht zutreffend*). Letztere Antwortmöglichkeit besteht, weil einige der Aussagen bestimmte Erfahrungen voraussetzen (z.B.: eine Person, die ihr Gewicht immer unter Kontrolle hat kann die Aussage „Wenn ich mein Gewicht nicht unter Kontrolle habe, fühle ich mich als ob etwas mit mir nicht stimmt“ nicht bewerten). Im Gegensatz zur englischen Originalversion des Fragebogens wurde in der deutschen Fassung auf eine Mittelkategorie verzichtet, da die Antwortkategorie „nicht zutreffend“ eine ausreichende Ausweichmöglichkeit darstellt.

Von den 24 Aussagen beziehen sich jeweils acht auf die Body Surveillance (BSu; z.B.: „Ich denke mehrmals am Tag über mein Aussehen nach“), auf die Body Shame (BSH; z.B.: „Wenn ich mein Gewicht nicht unter Kontrolle habe, fühle ich mich als ob etwas mit mir nicht stimmt“) und auf die Control Beliefs (CB; z.B.: „Ich denke das Aussehen steht fest wenn man auf die Welt kommt“). Das in der Literatur berichtete Cronbach's Alpha ist für alle drei OBC Skalen moderat (Body Surveillance: $\alpha = .89$; Body Shame: $\alpha = .75$; Control Beliefs: $\alpha = .72$), in der vorliegenden Studie ließen sich ähnliche Werte finden (Body Surveillance: $\alpha = .85$; Body Shame: $\alpha = .73$; Control Beliefs: $\alpha = .73$) (McKinley & Hyde, 1996).

8.3.3 Soziale Phobie und Angst Inventar

Zur Erhebung der sozialen Ängstlichkeit wurde das *Soziale Phobie und Angst Inventar* (SPAI) von Fydrich (2003) verwendet. Das SPAI enthält 22 Aussagen zu Gefühlen, Erfahrungen und Gedanken in sozialen Situationen, wobei die Häufigkeit des Auftretens dieser Gefühle auf einer siebenstufigen Skala angegeben werden soll (1 = *nie*, 7 = *immer*). In zehn dieser 22 Aussagen wird unterschieden, in wessen Gegenwart die Gefühle auftreten (z.B.: „Ich bin unsicher bei einem Treffen im größeren Rahmen mit: - Fremden; - Autoritätspersonen; - Angehörigen des anderen Geschlechts; - Menschen im Allgemeinen“). Bei drei weiteren Aussagen bezüglich der Art der Gedanken oder der Symptome, die in sozialen Situationen auftreten gibt es ähnlich gestaltete Subitems (Fydrich, 2003). Die in der Literatur berichtete interne Konsistenz in verschiedenen Stichproben (Studenten, Klienten einer Beratungsstelle, klinische Stichproben) liegt zwischen $\alpha = .93$ und $\alpha = .96$ (Fydrich, 2003). Die Test-Retest-Reliabilität bei einer studentischen Stichprobe betrug $r_{tt} = .82$. In der vorliegenden Studie lag Cronbach's Alpha bei $\alpha = .99$, damit konnte die, in der Literatur berichtete hohe interne Konsistenz auch hier gefunden werden.

8.3.4 Rosenberg Self Esteem Scale

Der Selbstwert wurde mittels der *Rosenberg Self Esteem Scale* (RSES) in der deutschen Fassung von Ferring und Fillip (1996) erhoben. Sie enthält zehn Aussagen zur Einstellung zu sich selbst (z.B.: „Alles in allem bin ich mit mir selbst zufrieden“), die auf einer vierstufigen Skala danach beurteilt werden sollen, wie zutreffend sie sind (1 = *trifft gar nicht zu*, 4 = *trifft voll und ganz zu*). Die RSES ist zurzeit das einzige Instrument zur Erfassung des allgemeinen Selbstwertes, das ökonomisch eingesetzt werden kann. Es wurde außerdem in allen Studien zur Appearance-RS, die den Selbstwert berücksichtigen, verwendet (Calogero

et al., 2010; Park, 2007; Park & Pinkus, 2009). Die in der Literatur berichtete hohe Reliabilität ($\alpha = .88$), zeigte sich in der vorliegenden Studie sehr ähnlich ($\alpha = .89$) (Ferring & Fillip, 1996).

8.3.5 Inventar zum Essverhalten und Gewichtsproblemen

Zur Erhebung von Essstörungssymptomen wurden drei der Skalen des *Eßstörungen-Inventar* (ESI) von Diehl und Staufenbiel (1994b) verwendet. Das ESI stellt eine Erweiterung des *Inventar zum Essverhalten und Gewichtsproblemen* (IEG) von Diehl und Staufenbiel (1994a) dar, mit der Symptome von Essstörungen, insbesondere von Anorexia Nervosa und Bulimia Nervosa erhoben werden können.

Die verwendeten Skalen sind:

- Skala 15: *Angst vor Gewichtszunahme*: mit dieser Skala wurde in der aktuellen Studie die Tendenz zur Anorexia Nervosa (AN) erhoben. Sie besteht aus sechs Aussagen (z.B.: „Nach dem Essen mache ich mir Sorgen, zu dick zu werden“), deren Zutreffen auf einer vierstufigen Skala (1 = *trifft nicht zu*, 4 = *trifft zu*) beurteilt werden soll. Diese Form der Bewertung ist für alle Skalen gleich. Diese Skala wurde gewählt weil es in der Literatur Hinweise gibt, dass die Angst vor einer Gewichtszunahme ein sehr zuverlässiges Kriterium der Anorexia Nervosa ist (Wilfley, Bishop, Wilson, & Agras, 2007).

Bei einer Betrachtung der Daten fiel auf, dass auch einige Personen mit Übergewicht hohe Werte auf dieser Skala hatten (z.B.: Person X hatte einen BMI von 34.74 und einen Skalenwert von 36.67 von 40 möglichen Punkten). Da es in dieser Untersuchung allerdings nur um die Erhebung von Tendenzen geht und auch Personen mit Übergewicht ungesund restriktives Essverhalten zeigen können, wurden die Skala und ihre Bezeichnung als „Symptome der Anorexia Nervosa“ beibehalten. Die Reliabilität der Skala wird bei Diehl und Staufenbiel (1994b) mit einem Cronbach's Alpha von $\alpha = .87$ als hoch angegeben, in der vorliegenden Studie lag dieser Wert bei $\alpha = .92$.

- Skala 17: *Bulimie (Eß-/Freßanfälle)*: mit dieser Skala wurde die Neigung zur Binge Eating Störung (BED) und teils zur Bulimia Nervosa (BN) erfasst. Sie besteht wieder aus sechs Aussagen (z.B.: „Ich kenne Freßanfälle, bei denen ich mit dem Essen nicht mehr aufhören kann“). Da die Zuordnung zu entweder Bulimia Nervosa oder Binge Eating Störung mit dem Vorhandensein

von Essanfällen nicht eindeutig erfolgen kann, wurde noch eine weitere Skala zur Beantwortung vorgegeben. In der Literatur wird die Reliabilität mit einem Cronbach's Alpha von $\alpha = .90$ angegeben, ein ähnlicher Wert konnte auch in der vorliegenden Untersuchung gefunden werden ($\alpha = .92$) (Diehl & Staufenberg, 1994b).

- Skala 18: *Übelkeit und Erbrechen nach dem Essen*: mit dieser Skala wurde zwischen Symptomen der Binge Eating Störung und der Bulimia Nervosa unterschieden. Bei der Binge Eating Störung erfolgen nach Essanfällen keine unangebrachten Maßnahmen zur Gewichtsregulation, dies wird mit dieser Skala erfasst. Diese Skala enthält fünf Aussagen (z.B.: „Ich erbreche nach dem Essen“). Für sie wurde ein Cronbach's Alpha von $\alpha = .91$ angegeben, in der vorliegenden Studie lag dieser Wert bei $\alpha = .86$ (Diehl & Staufenberg, 1994b). Die kombinierte Skala aus den Skalen 17 und 18, mit der die Symptome der Bulimia Nervosa erhoben wurden erreichte ein Cronbach's Alpha von $\alpha = .91$.

Was mit diesen Skalen erhoben werden sollte, sind keine Diagnosen, sondern Verhaltenstendenzen in einer nicht-klinischen Stichprobe.

Bei der Auswertung ergab sich in Zusammenhang mit diesen drei Skalen das Problem, dass zu wenige Personen hohe Werte auf nur einer Skala aufwiesen³. Somit war eine unabhängige Auswertung nicht möglich.

8.3.6 Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers

Aus der vierskaligen Fassung des *Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers* (FBeK) von Brähler, Strauß, Hessel und Schumacher (2000) wurden vier Items (z.B.: „Ich wünsche mir einen anderen Körper.“) der Skala 1 (*Attraktivität und Selbstvertrauen*) entnommen. Ausgewählt wurden die Items nach ihrer Trennschärfe und Geschlechts- bzw. Altersneutralität. Zusätzlich wurde anstelle des im FBeK verwendeten dichotomen Antwortformats eine sechsstufige Skala (1 = *Stimmt nicht*, 6 = *Stimmt*) gewählt, um genauere Antworten zu erhalten und um Konsistenz mit dem übrigen Fragebogen herzustellen. Diese Vorgehensweise wurde gewählt, um Items zu verwenden, die bereits für den angestrebten

³ Wurde als „hoch“ definiert, dass jeweils 75% der Fälle niedrigere Werte haben sollten, gab es keine Person, die nur in einer der Skalen hohe Werte aufwies. Wurde die Grenze bei 50% festgelegt hatten 25 Personen hohe Anorexie und jeweils eine Person hohe Bulimie bzw. Binge Eating Werte.

Zweck validiert wurden, anstatt eigene, möglicherweise weniger passende Items zu entwickeln. Die Skala aus der die vier Items entnommen wurden hat eine hohe interne Konsistenz und Test-Retest-Reliabilität ($\alpha = .85$; $r_{tt} = .82$) (Brähler et al., 2000). Die Kurzskala aus den vier entnommenen Items hat in der vorliegenden Studie ein Cronbach's Alpha von $\alpha = .86$.

8.3.7 Sportverhalten

Die sportlichen Aktivitäten der Teilnehmer wurden mit Items, die aus der Literatur generiert wurden, erhoben (Biddle, 1995; Campbell & Hausenblas, 2009; Eichberg & Rott, 2004). Um einen Bias durch mögliche körperliche Erkrankungen der Teilnehmer zu vermeiden, wurde auch nach chronischen Krankheiten oder Behinderungen gefragt. Die übrigen Fragen waren auf jeden Fall ebenfalls auszufüllen, da sich Sport und eine chronische Krankheit oder Behinderung nicht notwendiger Weise ausschließen. Die Teilnehmer sollten angeben, ob sie regelmäßig Sport treiben, wie oft und wie viele Stunden pro Woche und welche Sportart sie am häufigsten ausüben. Die Variablen, die zur Berechnung des Ausmaßes der sportlichen Aktivität haben gemeinsam ein Cronbach's Alpha von $\alpha = .78$.

8.4 Auswertung

Die Auswertung erfolgte nach Prüfung der Voraussetzungen mittels hierarchischer Regressionsanalyse und (partieller) Korrelationsanalyse mit dem Programm SPSS 20. Die Reihenfolge der Aufnahme der Variablen in das Modell erfolgte Theoriegeleitet und ergab sich aus der Literatur (Biddle, 1995; Campbell & Hausenblas, 2009; Fitzsimmons-Craft et al., 2011; Gargari et al., 2010; McKinley & Hyde, 1996; Mercurio & Rima, 2011; Park, 2007; Park & Pinkus, 2009; Saß et al., 2003). Bei der Eingabe der Variablen wurde so vorgegangen, dass im ersten Schritt die Variablen eingegeben wurden, für die ein bekannter Zusammenhang mit der abhängigen Variablen besteht (siehe Tabelle 2). Im zweiten Schritt wurden je nach Fragestellung die Variablen eingegeben, für die keine oder widersprüchliche Befunde vorliegen oder die interessierende Zielvariable, für die überprüft werden sollte, ob sie nach Eingabe möglicher anderer Einflussfaktoren noch Varianz aufklärt. Wenn nicht schon im zweiten Schritt geschehen, wurde im dritten Schritt schließlich die interessierende Zielvariable eingegeben.

Mögliche Kollinearitäten wurde mittels Variance Inflation Factor (VIF), die Unabhängigkeit der Residuen mittels Durbin-Watson-Statistik und die Normalverteilung

mittels Kolmogorov-Smirnov-Test überprüft. Zur Überprüfung der Homoskedastizität wurden Diagramme verwendet.

Tabelle 2: Schritte der hierarchischen Regression

	Abhängige Variable	Schritt 1	Schritt 2	Schritt 3
Fragestellung 1: Validität der A-RS	Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Binge Eating Störung	Geschlecht, Alter, Ausbildung, sportl. Aktivität, BMI, soziale Ängstlichkeit, Selbstwert, Zufriedenheit mit dem Körper, A-RS, (AN, BN, BED)	Muttersprache, Familienstand, Kinder, Body Surveillance, Body Shame, Control Beliefs	Je nach Fragestellung
Fragestellung 2: Einfluss sportlicher Aktivität	A-RS, Body Surveillance, Body Shame, soziale Ängstlichkeit	Sportart, Dauer der sportlichen Aktivität	Frequenz der sportlichen Aktivität	
Einfluss von Control Beliefs	sportliche Aktivität	Alter, BMI, chronische Erkrankungen oder Behinderungen, Zufriedenheit mit dem Körper, Selbstwert, AN, BN, BED	Geschlecht, Ausbildung, Familienstand, Kinder, Sportart, soziale Ängstlichkeit, A-RS, Body Surveillance, Body Shame	Control Beliefs

9 Ergebnisse

9.1 Validität der Appearance-based Rejection Sensitivity

9.1.1 Essstörungssymptome und Appearance-based Rejection Sensitivity

Mit dem Maß für Symptome der Anorexia Nervosa als abhängige Variable und unter Kontrolle der anderen erhobenen möglichen Einflussfaktoren erklärte Appearance-based Rejection Sensitivity 1.6% der Varianz ($R^2 = .54$, $F(10, 152) = 13.07$, $p = .021$). Im ersten Schritt der Analyse zeigte sich, dass der BMI, die Zufriedenheit mit dem Körper, Symptome der Bulimia Nervosa und das Geschlecht Varianz aufklärten, im zweiten Schritt verschwand

die Signifikanz für die Zufriedenheit mit dem Körper und der Symptome der Bulimia Nervosa, dafür kam ein signifikanter Einfluss der Body Shame hinzu (siehe Tabelle 3). Im letzten Schritt verschwand auch die Signifikanz der Varianzaufklärung des BMI während Geschlecht, Body Shame und Appearance-based Rejection Sensitivity signifikanten Einfluss hatten (siehe Tabelle 3). Wurde die Stichprobe nach Geschlechtern getrennt untersucht, so verschwand der Einfluss der Appearance-RS (Männer: $R^2 = .44$, $F(9, 57) = 3.97$, $\Delta R^2 = .03$, $\beta = .22$, $p = .085$; Frauen: $R^2 = .52$, $F(9, 84) = 8.15$, $\Delta R^2 = .00$, $\beta = .07$, $p = .598$). Dies dürfte sich allerdings aus einer zu geringen Größe der Teilstichproben erklären.

Für Symptome der Bulimia Nervosa ($R^2 = .91$, $F(10, 152) = 162.74$, $\Delta R^2 = .00$, $p = .956$) oder der Binge Eating Störung ($R^2 = .90$, $F(10, 152) = 139.85$, $\Delta R^2 = .00$, $p = .957$) als abhängige Variablen ergab sich keine zusätzliche Varianzaufklärung durch Appearance-RS.

9.1.2 Der Einfluss von Control Beliefs auf Essstörungssymptome und Appearance-based Rejection Sensitivity

Control Beliefs leisteten unter Kontrolle der anderen erhobenen Variablen weder mit Symptomen der Anorexia Nervosa ($R^2 = .54$, $F(11, 151) = 14.39$, $\Delta R^2 = .00$, $\beta = .04$, $p = .480$) noch mit Symptomen der Bulimia Nervosa ($R^2 = .91$, $F(11, 151) = 147.81$, $\Delta R^2 = .00$, $\beta = -.00$, $p = .970$) oder der Binge Eating Störung ($R^2 = .90$, $F(11, 151) = 126.73$, $\Delta R^2 = .00$, $\beta = .00$, $p = .948$) als abhängige Variablen einen zusätzlichen Beitrag zur Varianzaufklärung.

9.2 Die Rolle sportlicher Aktivität

9.2.1 Essstörungssymptome und sportliche Aktivität

Es zeigte sich, dass Essstörungssymptome keinen nennenswerten Einfluss auf die sportliche Aktivität der Teilnehmer hatten.

9.2.2 Frequenz der sportlichen Aktivität und Appearance-based Rejection Sensitivity, Body Surveillance, Body Shame und soziale Ängstlichkeit

Die Frequenz der sportlichen Aktivität trug bei Kontrolle der Dauer oder der Sportart nicht zusätzlich zur Varianzaufklärung von Appearance-RS ($R^2 = -.01$, $F(2, 178) = 0.390$, $\Delta R^2 = .00$, $\beta = .03$, $p = .784$), Body Shame ($R^2 = .00$, $F(2, 160) = 0.91$, $\Delta R^2 = .01$, $\beta = -.12$, $p = .329$), Body Surveillance ($R^2 = .00$, $F(2, 174) = 0.24$, $\Delta R^2 = .01$, $\beta = .06$, $p = .179$) und Sozialer Ängstlichkeit ($R^2 = .01$, $F(2, 178) = 1.90$, $\Delta R^2 = .00$, $\beta = -.10$, $p = .388$) bei.

Bei Kontrolle von Body Shame, Body Surveillance und Appearance-RS konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen Symptomen der Bulimia Nervosa ($R^2 = .29$, $F(3, 162) = 22.73$, $\Delta R^2 = .01$, $\beta = -.09$, $p = .192$) oder der Anorexia Nervosa ($R^2 = .47$, $F(3, 162) = 50.00$, $\Delta R^2 = .00$, $\beta = -.05$, $p = .435$) und der sportlichen Aktivität, festgestellt werden.

9.2.3 Sportart und Appearance-based Rejection Sensitivity, Body Surveillance und soziale Ängstlichkeit

Es konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen der betriebenen Sportart und Appearance-RS ($R^2 = -.01$, $F(1, 179) = .04$, $\Delta R^2 = .00$, $\beta = -.02$, $p = .846$), sozialer Ängstlichkeit ($R^2 = .00$, $F(1, 179) = 1.21$, $\Delta R^2 = .01$, $\beta = .08$, $p = .273$) oder Body Surveillance ($R^2 = .01$, $F(1, 175) = 2.26$, $\Delta R^2 = .01$, $\beta = -.11$, $p = .135$) festgestellt werden. Teilte man die Stichprobe nach dem Geschlecht, so ergab sich bei Männern eine Varianzaufklärung der sozialen Ängstlichkeit von 1.1% ($R^2 = .06$, $F(1, 74) = 5.69$, $\beta = .27$, $p = .020$) und bei Frauen eine Varianzaufklärung der Body Surveillance von 4.5% ($R^2 = .04$, $F(1, 100) = 4.75$, $\beta = -.21$, $p = .032$).

9.2.4 Control Beliefs und sportliche Aktivität

Mit der sportlichen Aktivität als abhängige Variable und unter Kontrolle der anderen erhobenen Variablen konnten die Control Beliefs 3.6% Varianz aufklären ($R^2 = .11$, $F(8, 154) = 1.83$, $\beta = .21$, $p = .012$). Wurde die Stichprobe in Gruppen nach dem Geschlecht geteilt, ergab sich für die Männer kein signifikanter Effekt mehr ($R^2 = .056$, $F(8, 58) = 1.18$, $\Delta R^2 = .03$, $\beta = .19$, $p = .166$). Bei den Frauen dagegen erklärten die Control Beliefs 5.4% der Varianz ($R^2 = .06$, $F(8, 85) = 1.81$, $\beta = .26$, $p = .024$).

Tabelle 3: Hierarchische Regression zum Zusammenhang zwischen Symptomen der Anorexia Nervosa (als AV) und Appearance-based Rejection Sensitivity.

Prädiktoren	1	R^2	ΔR^2	Beta	T	Sig.	2	R^2	ΔR^2	Beta	T	Sig.	3	R^2	ΔR^2	Beta	T	Sig.
(Konstante)		.427	.462**		1.304	.194		.523	.114**		-501	.617		.538	.016*		-392	.695
Alter				-.045	-665	.507				-.083	-958	.340				-.085	-991	.324
Ausbildung				-.066	-1.041	.299				-.079	-1.260	.210				-.085	-1.381	.170
BMI				.193*	2.414	.017				.151*	1.999	.047				.142	1.904	.059
Sportliche Aktivität				.087	1.364	.175				.016	.257	.797				.016	.260	.795
Zufriedenheit mit dem Körper				-.274**	-3.659	.000				-.116	-1.564	.120				-.076	-1.003	.317
Selbstwert				-.096	-1.129	.261				-.051	-.605	.546				-.044	-.536	.593
Soziale Ängstlichkeit				-.039	-.499	.618				-.021	-.286	.775				-.073	-.966	.336
Symptome der Bulimia Nervosa				.635**	3.227	.002				.319	1.659	.099				.306	1.611	.109
Symptome der Binge Eating Störung				-.298	-1.582	.116				-.097	-.545	.587				-.092	-.522	.602
Geschlecht				.214**	3.146	.002				.202**	3.037	.003				.191**	2.901	.004
Familienstand										.110	1.575	.117				.112	1.633	.105
Kinder										.059	.781	.436				.053	.718	.474
Muttersprache										-.032	-.566	.573				-.034	-.600	.550
Sexuelle Orientierung										.010	.174	.862				.004	.075	.941
Sportart										.017	.298	.766				.024	.435	.664
Budy Surveillance										.123	1.667	.098				.071	.933	.353
Body shame										.348**	4.706	.000				.314**	4.224	.000
Control Beliefs										.044	.730	.000				.042	.708	.480
Appearance-RS																.189*	2.334	.021

* $p < .05$, ** $p < .01$

9.3 Essstörungssymptome und Persönlichkeitsvariablen

9.3.1 Essstörungssymptome und Control Beliefs

Es zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen Essstörungssymptomen und Control Beliefs (siehe Tabelle 4).

9.3.2 Unterschiede bei AN und BN bzgl. sozialer Ängstlichkeit, Body Surveillance, Body Shame, Selbstwert und Appearance-based Rejection Sensitivity

Personen mit Symptomen der Anorexia Nervosa hatten einen höheren Selbstwert, höhere Appearance-RS, niedrigere soziale Ängstlichkeit, höhere Body Surveillance und höhere Body Shame als Personen mit Symptomen der Bulimia Nervosa (siehe Tabelle 4).

Bei einer partiellen Korrelation mit Symptomen der Bulimia Nervosa als Kontrollvariable verschwand die Signifikanz des Zusammenhangs zwischen Symptomen der Anorexia Nervosa und sozialer Ängstlichkeit (siehe Tabelle 4). Teilte man nach Geschlecht so hatten Männer mit Symptomen der Anorexia Nervosa etwa gleich hohe Body Surveillance wie Männer mit Symptomen der Bulimia Nervosa (siehe Tabelle 4).

Mit Symptomen der Anorexia Nervosa als Kontrollvariable verschwanden bei Männern die Signifikanz und fast der gesamte Zusammenhang zwischen Symptomen der Bulimia Nervosa und Appearance-RS und der Zusammenhang mit Body Surveillance wurde nicht signifikant. Bei den Frauen verschwand nur die Signifikanz der Body Shame (siehe Tabelle 4).

9.3.3 Unterschiede bei AN, BN und der Binge Eating Störung bzgl. Body Surveillance, Control Beliefs und sportlicher Aktivität

Personen mit Symptomen der Anorexia Nervosa zeigten höhere Body Surveillance, als Personen mit Symptomen der Binge Eating Störung. Es gab keine signifikanten Unterschiede im Ausmaß der sportlichen Aktivität oder in ihren Control Beliefs (siehe Tabelle 4). Teilte man die Stichprobe nach Geschlechtern, so verschwand bei den Männern auch die Signifikanz des Zusammenhangs zwischen Symptomen der Binge Eating Störung und Body Surveillance, der Zusammenhang zwischen Symptomen der Anorexia Nervosa und Body Surveillance wurde knapp nicht signifikant (siehe Tabelle 4). Rechnete man für diesen Zusammenhang anstatt einer Pearson eine Spearman Korrelation, so blieb die Signifikanz des Zusammenhangs bestehen ($r = .22, p = .047$).

Bei einer partiellen Korrelation mit Symptomen der Binge Eating Störung als Kontrollvariable verschwand die Signifikanz bei den Männern ebenfalls (siehe Tabelle 4). Wurden Symptome der Anorexia Nervosa als Kontrollvariable eingesetzt, verschwanden die Zusammenhänge zwischen Symptomen der Binge Eating Störung und Body Surveillance für beide Geschlechter (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: Korrelationen und Partielle Korrelationen von Essstörungssymptomen mit sozialer Ängstlichkeit, Body Surveillance, Body Shame, Control Beliefs, sportlicher Aktivität, Appearance-RS, Selbstwert

Ges.	m	w	Anorexia Nervosa (Kontrollvariable BN) (Kontrollvariable BED)			Bulimia Nervosa (Kontrollvariable AN) (Kontrollvariable BED)			Binge Eating Störung (Kontrollvariable AN) (Kontrollvariable BN)		
Soziale Ängstlichkeit			.29**	.31**	.20**	.40**	.44**	.34**	.33**	.39**	.26**
			(.11)	(.22)	(.02)	(.27**)	(.35**)	(.23*)	(.22**)	(.29*)	(.19)
			(.15*)	(.24*)	(.06)	(.28**)	(.22)	(.30**)	(-.15)	(-.03)	(-.20*)
Body Surveillance			.50**	.21	.57**	.44**	.23*	.48**	.35**	.14	.41**
			(.36**)	(.18)	(.40**)	(.15)	(.15)	(.24*)	(.17*)	(.08)	(.18)
			(.40**)	(.19)	(.45**)	(.34**)	(.26*)	(.30**)	(-.20*)	(-.19)	(-.15)
Body Shame			.62**	.59**	.66**	.47**	.39**	.50**	.40**	.31**	.44**
			(.50**)	(.55**)	(.53**)	(.17*)	(.31**)	(.15)	(.15*)	(.22)	(.15)
			(.54**)	(.55**)	(.56**)	(.23**)	(.27*)	(.22*)	(-.08)	(-.10)	(-.08)
Control Beliefs			-.08	-.16	.06	-.11	-.05	-.05	-.11	-.04	-.07
			(-.02)	(-.15)	(.11)	(-.08)	(-.02)	(-.10)	(-.07)	(-.01)	(-.12)
			(-.05)	(-.15)	(.09)	(-.04)	(-.03)	(.05)	(-.00)	(.01)	(-.06)
Sportl. Aktivität			-.03	.05	-.02	-.07	.04	-.08	-.09	-.07	-.08
			(.11)	(.09)	(.16)	(-.15*)	(-.09)	(-.16)	(-.09)	(-.09)	(-.07)
			(.03)	(.10)	(.04)	(.07)	(.24*)	(-.01)	(-.10)	(-.27*)	(.00)
Appearance- RS			.57**	.49**	.56**	.45**	.13	.51**	.39**	.12	.46**
			(.44**)	(.46**)	(.39**)	(.21**)	(.01)	(.28**)	(.18*)	(.01)	(.24*)
			(.47**)	(.47**)	(.42**)	(.27**)	(.07)	(.26**)	(-.10)	(-.00)	(-.09)
Selbstwert			-.37**	-.32**	-.37**	-.45**	-.34**	-.49**	-.39**	-.26*	-.43**
			(-.17*)	(-.22)	(-.15)	(-.30**)	(-.28*)	(-.32**)	(-.26**)	(-.19)	(-.30**)
			(-.22**)	(-.25*)	(-.18)	(-.27**)	(-.21)	(.11)	(.11)	(.09)	(.11)

* $p < .05$, ** $p < .01$

9.3.4 Unterschiede bei AN und der Binge Eating Störung bzgl. sozialer Ängstlichkeit, Body Shame, Selbstwert und Appearance-based Rejection Sensitivity

Personen mit Symptomen der Anorexia Nervosa hatten etwa den gleichen Selbstwert, höhere Appearance-RS, etwa gleiche soziale Ängstlichkeit und höhere Body Shame als Personen mit Symptomen der Binge Eating Störung (siehe Tabelle 4). Teilte man die Stichprobe nach Geschlecht, so hatten Männer mit Symptomen der Anorexia Nervosa einen geringeren Selbstwert als Männer mit Symptomen der Binge Eating Störung, während es sich bei Frauen umgekehrt verhielt (siehe Tabelle 4).

Rechnete man eine partielle Korrelation mit Symptomen der Anorexia Nervosa als Kontrollvariable, so wurde bei den Männern nur noch der Zusammenhang zwischen Symptomen der Binge Eating Störung und der sozialen Ängstlichkeit signifikant, während bei den Frauen eben dieser Zusammenhang sowie der zwischen Symptomen der Binge Eating Störung und Body Shame ihre Signifikanz verloren (siehe Tabelle 4).

Rechnete man eine partielle Korrelation mit Symptomen der Binge Eating Störung als Kontrollvariable verschwand die Signifikanz des Zusammenhangs von Symptomen der Anorexia Nervosa und Selbstwert sowie soziale Ängstlichkeit bei Frauen wie bei Männern, während nur bei den Männern der Zusammenhang mit Body Surveillance nicht signifikant wurde (siehe Tabelle 4).

9.3.5 Unterschiede bei BN und der Binge Eating Störung bzgl. sportlicher Aktivität, Body Surveillance und Body Shame

Zwischen Personen mit Symptomen der Bulimia Nervosa und Personen mit Symptomen der Binge Eating Störung zeigte sich kein Unterschied im Ausmaß ihrer sportlichen Aktivität (siehe Tabelle 4).

Personen mit Symptomen der Bulimia Nervosa zeigten eine etwas höhere Body Surveillance sowie Body Shame als Personen mit Symptomen der Binge Eating Störung. Teilte man die Stichprobe nach dem Geschlecht, so verlor der Zusammenhang zwischen Body Surveillance und Symptomen der Binge Eating Störung bei den Männern seine Signifikanz (siehe Tabelle 4).

Verwendete man Symptome der Binge Eating Störung als Kontrollvariable, so nahm der Zusammenhang zwischen Symptomen der Bulimia Nervosa und Body Surveillance bzw. Body Shame ab (siehe Tabelle 4).

Setzte man Symptome der Bulimia Nervosa als Kontrollvariable ein, so wurde der Zusammenhang zwischen Symptomen der Binge Eating Störung und Body Surveillance geringer und die Vorzeichen veränderten sich, außerdem verlor der Zusammenhang zwischen Symptomen der Binge Eating Störung und Body Shame seine Signifikanz (siehe Tabelle 4).

Wurde mit der Teilung nach Geschlechtern eine partielle Korrelation mit Symptomen der Binge Eating Störung als Kontrollvariable gerechnet, fand sich bei den Männern bei positivem Vorzeichen ein signifikanter Zusammenhang zwischen Symptomen der Bulimia Nervosa und dem Ausmaß der sportlichen Aktivität, während dieser Effekt bei Frauen nicht zu finden war. Die Korrelationen zwischen Symptomen der Bulimia Nervosa und Body Surveillance sowie Body Shame blieben für beide Geschlechter signifikant (siehe Tabelle 4).

Wurden Symptome der Bulimia Nervosa als Kontrollvariable eingesetzt, so verloren die Zusammenhänge zwischen Symptomen der Binge Eating Störung und Body Shame und Body Surveillance für beide Geschlechter ihre Signifikanz, während wieder nur für die Männer der Zusammenhang mit dem Ausmaß der sportlichen Aktivität bei negativem Vorzeichen signifikant wurde (siehe Tabelle 4).

9.3.6 Unterschiede bei BN und der Binge Eating Störung bzgl. sozialer Ängstlichkeit, Control Beliefs, Selbstwert und Appearance-based Rejection Sensitivity

Personen mit Symptomen der Bulimia Nervosa hatten einen niedrigeren Selbstwert, höhere Appearance-RS, höhere soziale Ängstlichkeit und etwa gleich hohe Control Beliefs wie Personen mit Symptomen der Binge Eating Störung. Teilte man die Stichprobe nach Geschlechtern auf, so verschwand bei den Männern die Signifikanz des Zusammenhangs zwischen Symptomen von Bulimia Nervosa und Binge Eating Störung mit Appearance-RS (siehe Tabelle 4).

Rechnete man eine partielle Korrelation mit Symptomen der Bulimia Nervosa als Kontrollvariable, verschwanden die Signifikanzen der Zusammenhänge von Selbstwert, Appearance-RS und sozialer Ängstlichkeit mit Symptomen der Binge Eating Störung (siehe

Tabelle 4). Die einzige Korrelation, die signifikant blieb, allerdings mit verändertem Vorzeichen, war die zwischen Symptomen der Binge Eating Störung und der sozialen Ängstlichkeit bei den Frauen (siehe Tabelle 4).

Rechnete man eine partielle Korrelation mit Symptomen der Binge Eating Störung als Kontrollvariable, so verschwanden bei den Männern die Signifikanzen der Zusammenhänge von Selbstwert, Appearance-RS und sozialer Ängstlichkeit mit Symptomen der Bulimia Nervosa. Bei den Frauen dagegen blieben die entsprechenden Korrelationen signifikant (siehe Tabelle 4). Dieser Veränderung sollte allerdings nicht zu viel Bedeutung beigemessen werden, da hier die geringere Stichprobengröße bedacht werden muss.

10 Diskussion

10.1 Appearance-based Rejection Sensitivity und Essstörungssymptome

Die Hypothese, dass Appearance-based Rejection Sensitivity auch nach Kontrolle anderer relevanter oder möglicherweise relevanter Einflussfaktoren noch Erklärungswert für Symptome von Essstörungen hat, wurde für Symptome der Anorexia Nervosa bestätigt. Hier ist anzumerken, dass die Anzahl der Personen mit Symptomen der Anorexia Nervosa wesentlich größer war als die der Personen mit Symptomen der Bulimia Nervosa oder der Binge Eating Störung. Es besteht also die Möglichkeit, dass aufgrund der geringen Größe der Teilstichproben keine Signifikanz erreicht wurde. Dies ist allerdings aufgrund der sehr deutlichen Ergebnisse unwahrscheinlich. Wahrscheinlicher erscheint eine Abweichung von den Ergebnissen in der Literatur durch unterschiedliche Erhebungsmethoden (Calogero et al., 2010; Engeln-Maddox, 2006; Park, 2007). In der Literatur wurden Symptome der Anorexia Nervosa und der Bulimia Nervosa gemeinsam und Symptome der Binge Eating Störung gar nicht untersucht. Dafür wurden aber ausführlichere Verfahren verwendet (Engeln-Maddox, 2006; Godart et al., 2000; Park, 2007).

Dass Appearance-RS nur bezüglich Anorexia Nervosa eine Rolle spielt, könnte auch darauf hindeuten, dass die Ergebnisse in der Literatur nur von den Personen mit Symptomen der Anorexia Nervosa herrühren und Appearance-RS für Bulimia Nervosa keine entscheidende Rolle spielt (Park, 2007).

Hier könnten Möglichkeiten zur Prävention von gestörtem Essverhalten liegen. Sieht man die Appearance-RS mit ihrer überkritischen Selbstbetrachtung als eine Art Vorstufe zur kognitiv-evaluativen Unzufriedenheit, die eine Form der Körperschemastörung darstellt, so

könnten Maßnahmen, die sie verringern, präventiven Charakter bezüglich der Entstehung von Anorexia Nervosa oder zumindest bezüglich restriktiven Essverhaltens haben (Cash & Deagle, 1997).

10.1.1 Body Shame

Ein interessantes Detail stellt der mittelgroße Effekt von Body Shame dar. Dieser bestätigt den in der Literatur gefundenen Zusammenhang zwischen der Objectified Body Consciousness und Essstörungssymptomen (Fitzsimmons-Craft et al., 2011). Hier wäre wieder interessant, ob nur relevante Effekte für Anorexia Nervosa bestehen, oder diese auch bei anderen Formen von Essstörungen gefunden werden könnten. Die hier erhobenen Daten deuten Ersteres an.

Auch in diesem Ergebnis liegt unter Umständen ein Weg zur Prävention, der vielleicht noch unterschätzt wird. In bisherigen Untersuchungen zur Internalisierung des Schönheitsideals wurde ein negatives Körperbild als Folge dieser Internalisierung in den Vordergrund gestellt (Stice, 2001a; Stice & Bearman, 2001). Es wäre eine Überlegung wert präventive Maßnahmen direkt an die Internalisierung des Schönheitsideals zu richten. Neben der Entwicklung von *Medienkompetenz* sollte, wie immer wieder in der Literatur gefordert, mehr Wert darauf gelegt werden, dass auch dem sozialen Druck, den Familie, Lehrer und Peers ausüben standgehalten und unter Umständen ein eigenes, von sozialem Druck unabhängigeres Schönheitsideal entwickelt werden kann (Bradford & Petrie, 2008; Jacobi et al., 2011; Sanchez-Carracedo et al., 2012). Dies gilt insbesondere für Frauen, die stärker dazu neigen ihren eigenen Körper als Objekt zu betrachten als Männer dies tun.

10.2 Appearance-based Rejection Sensitivity, Frequenz der sportlichen Aktivität und Control Beliefs

Dass die Frequenz, mit der eine Person Sport treibt, keinen Erklärungswert bezüglich Appearance-RS hat, könnte sich daraus erklären, dass diese Variable sich deutlich von der in der Literatur untersuchten Social Physique Anxiety unterscheidet, was für eine Eigenständigkeit des Modells sprechen würde. Hierzu sind allerdings noch Untersuchungen nötig (Campbell & Hausenblas, 2009; Gargari et al., 2010).

Control Beliefs spielen in dieser Untersuchung, wie in der Literatur, keine Rolle (McKinley & Hyde, 1996). Hier scheint sich allerdings der nicht-klinische Charakter der

Stichprobe bemerkbar zu machen. Dies wird dadurch angedeutet, dass die drei Personen deren BMI unter einem Wert von 18 lag hohe Werte auf der Skala Control Beliefs erreichten, es ansonsten aber keine eindeutigen Tendenzen eines Zusammenhanges gab. Es wäre interessant festzustellen, wie sich diese Beziehung in einer klinischen Stichprobe darstellen würde.

10.3 Geschlechtsspezifische Zusammenhänge von sportlicher Aktivität und Essstörungssymptomen

In dieser größtenteils nicht-klinischen Stichprobe zeigte sich kein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit, mit der die Teilnehmer Sport getrieben haben und Essstörungssymptomen. Stattdessen waren bei Männern und Frauen unterschiedliche Variablen relevant. Bei Männern war es die soziale Ängstlichkeit, wohingegen es bei den Frauen wichtiger erschien, wie stark sie sich selbst mit den Augen eines kritischen Außenstehenden betrachten. Männern und Frauen gemeinsam ist, dass diejenigen mit hohen Werten in der jeweils relevanten Variablen hauptsächlich in Sportarten aktiv waren, bei deren Ausübung sie wenig mit anderen Menschen in Kontakt kommen.

Der gerade erwähnte Unterschied könnte auch ein Grund dafür sein, dass nur bei Frauen ein Zusammenhang von dem Ausmaß ihrer sportlichen Aktivität mit ihren Control Beliefs besteht. Wer sich selbst stark kritisch betrachtet, könnte auch stärker dazu neigen Sport zur Formung des eigenen Körpers zu instrumentalisieren. Dies macht nur dann Sinn, wenn die Betroffene auch davon überzeugt ist, dass sie ihr Aussehen kontrollieren kann.

10.4 Unterschiede zwischen Personen mit Symptomen verschiedener Essstörungen

10.4.1 Control Beliefs und sportliche Aktivität

In Zusammenhang mit dem nicht-klinischen Charakter der Stichprobe dürfte die Tatsache stehen, dass Symptome der Anorexia Nervosa und Control Beliefs nicht voneinander abhängig waren sowie, dass Frauen mit Symptomen der Bulimia Nervosa nicht mehr Sport trieben als Frauen mit Symptomen der Binge Eating Störung. Es scheint, als würden übermäßige sportliche Betätigung und das Gefühl, die Kontrolle über den eigenen Körper zu haben, nicht mit der Einstellung zum Essen und dem assoziierten Verhalten zusammenhängen, solange keine klinisch relevante Problematik besteht.

Genauso scheint es keine Unterschiede zwischen dem Ausmaß der sportlichen Betätigung bei Frauen mit Symptomen der Bulimia Nervosa und der Binge Eating Störung zu geben, solange die klinische Relevanz der Symptome nicht gegeben ist. Dieser fehlende Unterschied könnte allerdings auch auf die Erhebungsmethode zurückzuführen sein. Möglicherweise war der Unterschied unter den Frauen im Gegensatz zu den Männern zu gering, um mit dem gegebenen Instrumentarium erfasst werden zu können. Eine weitere mögliche Erklärung des Geschlechtsunterschieds wäre, dass Männer öfter versuchen mit Sport ihr Gewicht zu regulieren, während Frauen eher zum „klassischen“ purging-Verhalten neigen. Dies wird auch durch einige wenige Ergebnisse in der Literatur unterstützt (Rolls et al., 1991). In diesem Zusammenhang wären weitere Untersuchungen interessant, die der Frage nach Geschlechtsunterschieden in den Gewichtsregulationsmaßnahmen nachgehen.

10.4.2 Body Surveillance und Body Shame

Es hat sich bestätigt, dass Personen mit Symptomen der Anorexia und der Bulimia Nervosa mehr dazu neigen sich selbst kritisch als Außenstehende zu betrachten und dass diese Personen die kulturellen Normen stärker internalisiert haben als Personen mit Symptomen der Binge Eating Störung. Dies lässt darauf schließen, dass das Gewichtsregulationsverhalten damit in Zusammenhang steht, wie eine Person glaubt von anderen gesehen zu werden. Vor allem für restriktives Essverhalten dürfte der unbedingte Wille die sozialen Normen und somit die eigenen Erwartungen zu erfüllen ein starker Motivator sein. Dies sollte in der Prävention und Behandlung berücksichtigt werden.

Darüber hinaus lässt sich aus den Ergebnissen schließen, dass Personen mit Symptomen der Binge Eating Störung ihren eigenen Körper weniger als Objekt wahrnehmen, je stärker die Symptomatik ausgeprägt ist. Diese Personengruppe scheint auch die kulturellen Normen nicht oder kaum internalisiert zu haben. Bei Männern ist dies stärker ausgeprägt als bei Frauen. Es wäre interessant zu verstehen warum dies so ist, also welche Schutzfaktoren diese Personen haben, die zum Beispiel Personen mit Bulimia Nervosa fehlen. Eine andere mögliche Sichtweise wäre allerdings, dass das relativ geringe Ausmaß der Betrachtung des Körpers als Objekt Ausdruck einer stärkeren sozialen Isolation von Personen mit Symptomen der Binge Eating Störung im Vergleich zu anderen Personen ist. Zur Klärung der Frage nach der Kausalität wären längsschnittliche Betrachtungen hilfreich.

10.4.3 Soziale Ängstlichkeit

Personen mit Symptomen der Bulimia Nervosa zeigten stärkere soziale Ängstlichkeit als Personen mit Symptomen der Binge Eating Störung und der Anorexia Nervosa. Vielleicht lösen die Essattacken in diesen Personen stärkere Ängste aus als in anderen Personen. Diese Ängste könnten wiederum ursächlich für die Anwendung unangemessener Maßnahmen zur Gewichtsregulation sein. In diesem Fall wäre eine Berücksichtigung der sozialen Ängstlichkeit in der Behandlung von Bulimia Nervosa von großer Bedeutung während sie für die Behandlung von Anorexia Nervosa vielleicht einen geringeren Stellenwert hat. Es wäre wünschenswert in zukünftigen Studien zu den Risikofaktoren von Essstörungen stärker zwischen den drei Arten zu differenzieren, da Unterschiede zu bestehen scheinen.

Während Frauen mit Symptomen der Bulimia Nervosa im Vergleich zu Männern scheinbar mehr Angst vor der antizipierten Beurteilung von Außen haben, was sich durch erhöhte Appearance-RS und Body Surveillance zeigt, scheinen Männer mehr Angst davor zu haben den sozialen Normen zu widersprechen, was durch erhöhte soziale Ängstlichkeit und Body Shame deutlich wird. Hierauf sollte bei der Entwicklung von Präventionsprogrammen geachtet werden. Vor allem mit Blick darauf, dass sich in der Vergangenheit schon gezeigt hat, dass nicht alle Programme bei männlichen und weiblichen Jugendlichen gleich erfolgreich waren (Austin et al., 2007).

Es wäre möglich, dass Personen mit Symptomen der Bulimia Nervosa, also Personen, die nach Essattacken Maßnahmen zur Gewichtsregulation ergreifen, dies tun, weil sie einen geringeren Selbstwert, höhere Appearance-RS und höhere soziale Ängstlichkeit haben als Personen mit Symptomen der Binge Eating Störung, die solche Maßnahmen nicht ergreifen.

Bei Personen mit Symptomen der Binge Eating Störung sinkt die soziale Ängstlichkeit mit Zunahme der Symptome. Eine Interpretation wäre, dass diese Personen intrapsychische Schutzmechanismen entwickeln, die verhindern, dass die Essanfälle sich negativ auf ihre Psyche auswirken. Eine zweite Sichtweise wäre, dass sie aufgrund dieser geringen sozialen Ängstlichkeit keine unangemessenen Maßnahmen zur Gewichtsregulation ergreifen, da sie weniger Angst davor haben, sich aufgrund ihres Aussehens zu blamieren (Sawaoka, Barnes, Blomquist, Masheb & Grilo, 2012). Ebenfalls denkbar wäre auch, dass in dieser nicht-klinischen Stichprobe das Fehlen von unangemessenen Gewichtsregulationsmaßnahmen einen Indikator für eine gesündere oder zumindest nicht übermäßig kritische Einstellung zum eigenen Aussehen darstellt. Es wäre allerdings auch möglich, dass es sich hierbei einfach

um ein Artefakt handelt, das damit zu tun hat, dass die Essstörungssymptome in dieser Stichprobe nicht in Zusammenhang mit dem BMI stehen und vor allem Übergewicht mit sozialer Ängstlichkeit assoziiert ist, nicht aber Binge Eating an sich. Dies würde allerdings der Untersuchungen widersprechen, in denen die Frequenz des Binge Eating sehr wohl mit sozialer Ängstlichkeit in Zusammenhang steht (Brownstone et al., 2013; Sawaoka et al., 2012). Leider gibt es kaum Untersuchungen, die die Unterschiede von Personen mit Symptomen der Binge Eating Störung und der Bulimia Nervosa.

11 Schlussfolgerung

Personen mit Symptomen der Anorexia Nervosa scheinen sich mehr damit zu beschäftigen, wie sie auf andere wirken bzw. wie sie anhand der gesellschaftlichen Normen beurteilt und dieser Beurteilung entsprechend behandelt werden. Im Gegensatz dazu scheint es, dass Personen mit Symptomen der Binge Eating Störung Schutzmechanismen entwickeln oder von Anfang an besitzen, die einer überwertigen Wichtigkeit von Schönheitsidealen, die von Medien, der Familie und Peers vorgegeben werden, entgegenwirken.

Allgemein scheint es im Zusammenhang mit Essstörungssymptomen so zu sein, dass bei Männern vor allem die allgemeine Angst, in sozialen Situationen negativ aufzufallen, vorliegen dürfte. Bei Frauen hingegen stehen die Befürchtungen mehr im direkten Zusammenhang mit ihrem Aussehen, dessen antizipative Beurteilung durch kritische Betrachter und dessen Normkonformität.

In Hinblick auf Präventionsmaßnahmen und die Behandlung von Essstörungen sollten einige Punkte in der zukünftigen Forschung Beachtung finden:

- Appearance-RS könnte als Vorstufe zur Körperschemastörung gewertet und ihre Reduktion somit in Präventionsprogramme einbezogen werden.
- Die Internalisierung von sozialen Normen stellt, vor allem bei Symptomen der Anorexia Nervosa, ein Problem dar, hier sollte Wert auf eine stärkere Unterstützung von Schutzfaktoren gegenüber einer allzu unreflektierten Übernahme dieser Normen gelegt werden.
- Es wäre interessant herauszufinden, ob Personen mit der Binge Eating Störung über Schutzfaktoren verfügen, die sie daran hindern unangemessene Maßnahmen zur Gewichtsregulation zu ergreifen. Sollte dem so sein, könnte

die Stärkung dieser Faktoren nützlich für Prävention und Behandlung der entsprechenden Symptome von Bulimia Nervosa sein.

- Weitere Forschung wert ist auch die Frage, in welche Richtung der Kausalzusammenhang zwischen Bulimia Nervosa und sozialer Ängstlichkeit geht. Je nachdem könnten sich Möglichkeiten für Prävention oder Behandlung bieten.
- Frauen neigen immer noch stärker dazu ihren Körper zu betrachten wie ein Beobachter ein Objekt als Männer dies tun. Maßnahmen die dazu führen, dass sozialem und medialem Druck besser standgehalten und ein weniger eingeschränktes Bild von Schönheit entstehen kann, sollten gefördert werden.
- Bei Interventionen sollte immer beachtet werden, dass es Geschlechtsunterschiede gibt. Bei Frauen stellen eher eine erhöhte Appearance-based Rejection Sensitivity und Body Surveillance ein Problem dar, während bei Männern soziale Ängstlichkeit und Body Shame größere Relevanz haben. Sollte dies nicht beachtet werden, könnte es sich negativ auf die Wirksamkeit der Intervention auswirken.

In diesem Zusammenhang soll auch erwähnt werden, dass die Forschung sich stärker auch auf heterosexuelle Männer konzentrieren sollte. Die Prävalenz in dieser Gruppe ist zwar eher gering, es gibt aber Vermutungen, dass dies eher an den Kriterien liegt, an denen problematisches Essverhalten festgemacht wird, als daran, dass Männer keine problematische Einstellung zu ihrem Körper haben (Striegel-Moore & Bulik, 2007).

Es hat sich auch herausgestellt, dass Appearance-based Rejection Sensitivity nur bei Frauen immer wieder Einfluss hatte, bei Männern hat sie nur bei Symptomen der Anorexia Nervosa eine Rolle gespielt. Für zukünftige Forscher ist es wichtig zu bedenken, dass gemischtgeschlechtliche Stichproben immer nach Geschlechtern getrennt ausgewertet werden sollten, da die Ergebnisse sonst durch die entsprechenden Effekte verfälscht und stark an Aussagekraft einbüßen würden.

12 Einschränkungen

Wie in jeder Untersuchung gibt es auch in dieser Faktoren, die die Allgemeingültigkeit der Ergebnisse einschränken. So konnten nicht alle relevanten Konzepte und Modelle in die

Befragung mit einbezogen werden. Als Beispiel sei hier die Social Physique Anxiety genannt, die jene Angst darstellt, die eine Person empfindet, wenn ihr Aussehen von Außenstehenden bewertet wird, offensichtlich ein der Appearance-based Rejection Sensitivity sehr ähnliches Modell (Hart, Leary, & Rejeski, 1989). Hier ist weitere Forschung nötig, um zu klären, ob und in wie fern sich diese beiden Modelle voneinander unterscheiden.

An der Erhebung der einzelnen Variablen ist auszusetzen, dass oft nur Tendenzen abgebildet wurden. Die Symptome von Essstörungen wurden nicht diagnostiziert, sondern es wurden nur einzelne Symptome erhoben. In diesem Zusammenhang könnte kritisiert werden, dass die Bulimia Nervosa Gruppe anhand des Vorhandenseins von Essanfällen und unangemessenen Maßnahmen zur Gewichtsregulation gebildet wurde, da beides auch bei Anorexia Nervosa vorkommen kann. Die Daten haben allerdings gezeigt, dass hier eine recht eindeutige Abgrenzung möglich war. Ein größeres Problem stellte die abhängige Erhebung von Bulimia Nervosa und der Binge Eating Störung dar, hier ist es nicht möglich zu sagen, ob das Fehlen von signifikanten Unterschieden zwischen den Gruppen an der Erhebungsmethode oder an den unterschiedlichen Formen von gestörtem Essverhalten lagen. In zukünftigen Untersuchungen sollten auf jeden Fall genauere Instrumente verwendet werden, um mehr Aussagen treffen zu können, die über Tendenzen und Vermutungen hinausgehen.

Ebenso wurde die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper nur mit wenigen, in dieser Kombination nicht normierten Items abgefragt, die nur den Vorteil hatten, bereits validiert worden zu sein. Auch die Erhebung des Sportverhaltens ist ein möglicher Kritikpunkt, denn es wurden Fragen verwendet, die in der Literatur so noch nicht vorkamen, was die Vergleichbarkeit mit anderen Untersuchungen stark einschränkt.

Die Angst vor Gewichtszunahme war in der Stichprobe positiv mit dem BMI korreliert, was darauf schließen lässt, dass dies in einer nicht-klinischen Stichprobe ein wenig geeignetes Maß zum scannen nach Symptomen der Anorexia Nervosa ist. Nur deutlich Untergewichtige Personen, die zum Zeitpunkt der Befragung vermutlich nicht in Behandlung waren (BMI = 16.61 bzw. 17.96), im Gegensatz zu weniger stark untergewichtigen TeilnehmerInnen oder solchen, die in Behandlung waren, zeigten erhöhte Werte. Unter zusätzlicher Berücksichtigung des Gewichts blieben also nur noch zwei Fälle für die Analyse übrig. Je größer die Angst vor Gewichtszunahme bei Frauen war, desto höher war auch ihr

BMI. Bei Männern zeigte sich dieser Zusammenhang nicht, unter ihnen gab es allerdings auch weniger Extremwerte.

All diese Einschränkungen mindern die Qualität dieser Studie und die Vergleichbarkeit mit anderen Untersuchungen, die sich den einzelnen Themenbereichen genauer gewidmet haben.

Durch die Art der Befragung im Internet besteht die Gefahr, dass einzelne Personen den Fragebogen mehrmals ausfüllen, was aufgrund des damit verbundenen Zeitaufwands allerdings sehr unwahrscheinlich ist.

Aufgrund der Abfrage von Tendenzen für Essstörungen konnte nicht kontrolliert werden, ob es sich bei den Teilnehmenden um Personen mit klinischen Diagnosen handelt. Nur die Antwort einer untergewichtigen Person auf die Frage nach der betriebenen Sportart ließ den Schluss zu, dass sie zum Zeitpunkt der Testung aufgrund des Untergewichts in Behandlung gewesen sein dürfte („Spaziergehen, Nordic Walking; wenn fitter und gesünder: Radfahren, Skaten, Schwimmen, Klettern“). Da es nach der statistischen Analyse in diesem Zusammenhang keine Fälle gab, die einen ungebührlichen Einfluss ausgeübt hätten, dürfte dies in der vorgestellten Untersuchung keine Rolle gespielt haben, in zukünftigen Studien sollte diese Möglichkeit aber berücksichtigt werden.

13 Zusammenfassung

Essstörungen stellen ein immer größeres Problem in unserer Gesellschaft dar (Stamm, 2011). Obwohl viel Forschung zu dem Thema betrieben wird, scheint es dass Prävention und Behandlung noch am Anfang stehen (Sanchez-Carracedo et al., 2012; Voderholzer et al., 2012). Daher ist es wichtig verschiedenste Modelle, Konstrukte und Theorien daraufhin zu überprüfen, ob sie neue Ansätze bergen.

Die Appearance-based Rejection Sensitivity (Appearance-RS) ist ein solches vielversprechendes Konstrukt. Definiert als „a personality processing system characterized by a dispositional tendency to anxiously expect, readily perceive, and overreact to signs of rejection based on one’s physical appearance“ (Park et al., 2009, p. 108) hat sich schon bei seiner Einführung ein Zusammenhang zu Symptomen von Anorexia und Bulimia Nervosa in einer studentischen Stichprobe gezeigt (Park, 2007).

Doch Appearance-RS ist nicht das einzige Modell, das in diesem Zusammenhang Relevanz besitzt. So ist die Objectification Theory zu nennen, die sich bereits zehn Jahre vor

der Appearance-based Rejection Sensitivity mit den negativen Auswirkungen eines versachlichenden Blicks (*objectifying gaze*) auf die Psyche von Frauen beschäftigt hat und später auch auf Männer ausgeweitet wurde (Fredrickson & Roberts, 1997; Moradi & Huang, 2008). Zur Operationalisierung wurde von den Autoren die Objectified Body Consciousness vorgeschlagen, die sich in die drei Komponenten Body Surveillance, die den Blick auf den eigenen Körper mit den Augen eines kritischen Beobachters beschreibt, Body Shame, die die Internalisierung des kulturellen Schönheitsideals und dessen Annahme als das eigene bezeichnet und Control Beliefs, die zeigen, wie sehr jemand davon überzeugt ist, das Aussehen seines Körpers kontrollieren zu können. Auch hier konnte ein Zusammenhang zu Essstörungssymptomen hergestellt werden (McKinley & Hyde, 1996).

Die Forschung in den genannten Bereichen konzentrierte sich meist auf Studentinnen (Moradi & Huang, 2008; Park, 2007). Ziel dieser Arbeit war es das Wissen über die Zusammenhänge von Essstörungssymptomen mit der Appearance-based Rejection Sensitivity sowie der Objectified Body Consciousness anhand einer Bevölkerungsstichprobe zu erweitern.

Zu diesem Zweck wurde eine Online-Erhebung durchgeführt. Die Einladung zur Befragung wurde in verschiedenen Foren zu den Themen Sport, Fitness, Abnehmen und Diät sowie in einigen Foren ohne bestimmte inhaltliche Festlegungen gepostet, zusätzlich wurde die gleiche Einladung via E-Mail im Freundes und Bekanntenkreis der Autorin verschickt, um per Schneeballmethode eine Stichprobe zu generieren.

Es nahmen 187 Personen (82 Männer, 105 Frauen) zwischen 18 und 72 Jahren ($M = 33$ Jahre) an der Untersuchung teil. Der BMI der Teilnehmer lag zwischen 15 und 43 ($M = 25$). Die Frauen waren im Durchschnitt jünger und hatten einen geringeren BMI als die Männer.

Unter Berücksichtigung von Symptomen von Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa und der Binge Eating Störung hat sich gezeigt, dass Appearance-RS nur für Symptome der Anorexia Nervosa bei beiden Geschlechtern eine entscheidende Rolle spielt. Es lässt sich mutmaßen, dass dieses Modell als eine Vorstufe zu der für Anorexia Nervosa typischen Körperschemastörung gesehen werden kann. Diese Vermutung beinhaltet Denkanstöße zur Prävention eines allzu kritischen Blicks auf das eigene Aussehen und damit zur Prävention von restriktivem Essverhalten.

Appearance-RS spielte für Frauen immer wieder eine Rolle, wenn es um ihre Einstellungen zu ihrem Körper oder um Sport ging, für Männer allerdings war sie nur in Zusammenhang mit Symptomen der Anorexia Nervosa relevant, was in zukünftiger Forschung zu berücksichtigen sein wird.

Der Zusammenhang zwischen Essstörungssymptomen und den Komponenten der Objectified Body Consciousness konnte in der vorliegenden Untersuchung bestätigt und differenziert werden. So zeigten Personen mit Symptomen der Anorexia Nervosa höhere Body Surveillance und Body Shame als Personen mit Symptomen der Bulimia Nervosa oder der Binge Eating Störung und Personen mit Symptomen der Bulimia Nervosa zeigten in diesen beiden Variablen höhere Werte als Personen mit Symptomen der Binge Eating Störung. Daraus lässt sich schließen, dass Personen mit restriktivem Essverhalten und Personen, die unangemessene Maßnahmen zur Gewichtsregulation setzen, ihren Körper kritischer betrachten und die sozialen Normen stärker internalisiert haben als Personen, die keine unangemessenen Maßnahmen zur Gewichtsregulation ergreifen. Woraus sich die Frage ergibt, welche Mechanismen dafür verantwortlich sind, dass einige Menschen nach Essanfällen solche Maßnahmen einsetzen und andere nicht bzw. ob eine geringere Body Surveillance und Body Shame unter Umständen Schutzmechanismen darstellen. Klar ist, dass diese beiden Variablen der Persönlichkeit in zukünftige Präventionsmaßnahmen und auch in die Behandlung von Essstörungen einfließen sollten.

Auch soziale Ängstlichkeit spielt bei Essstörungen und vor allem bei Bulimia Nervosa eine Rolle (Saß et al., 2003). Vielleicht könnte man daraus schließen, dass eine Reduktion sozialer Ängstlichkeit dem Ergreifen unangemessener Maßnahmen zur Gewichtsregulation vorbeugt. Weitere Forschung könnte dies zeigen.

Ein bisher vernachlässigter Punkt sind die Unterschiede zwischen Männern und Frauen. So stand bei Männern die soziale Ängstlichkeit, bei Frauen die Body Surveillance in Zusammenhang mit ihrer bevorzugten Sportart. Frauen scheinen sich also mehr damit zu beschäftigen, wie sie glauben von anderen gesehen zu werden, während sie dabei selbst zu ihren schärfsten Kritikern werden, während Männer eher Befürchtungen in der Richtung haben den sozialen Normen nicht ausreichend zu entsprechen. Diese Punkte sind wichtig für die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen und sollten daher unbedingt berücksichtigt werden.

13.1 Abstract deutsch

Theoretischer Hintergrund

Appearance-based Rejection Sensitivity (Appearance-RS) ist ein Persönlichkeitskonstrukt definiert als „a personality processing system characterized by a dispositional tendency to anxiously expect, readily perceive, and overreact to signs of rejection based on one's appearance“ (Park et al., 2009, p. 108).

Essstörungen nehmen in vielen Ländern der Welt immer mehr Überhand. Neben Anorexia Nervosa (AN) und Bulimia Nervosa (BN) sollte auch die Binge Eating Störung (BED) in der psychologischen Forschung nicht vernachlässigt werden (Saß et al., 2003; Stamm, 2011).

Die *Objectification Theory* beschreibt die negativen Auswirkungen, die es auf Frauen hat, wenn sie als Objekt betrachtet werden, wobei der wichtigste Punkt ist, dass Frauen diese Art der Betrachtung ihres Körpers übernehmen und die äußeren Standards als ihre eigenen internalisieren (Fredrickson & Roberts, 1997; Moradi & Huang, 2008).

Die vorliegende Arbeit soll die Zusammenhänge von Symptomen von Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa und der Binge Eating Störung mit verschiedenen Konstrukten und Variablen, die möglicherweise eine Rolle in der Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen spielen könnten, in einer nicht klinischen Bevölkerungsstichprobe differenziert untersuchen. Sie soll somit dazu beitragen, Ansätze für die Prävention und Behandlung von Essstörungen zu verbessern oder zu erweitern.

Methode

Es handelt sich um eine Online-Erhebung von der die Teilnehmer über Foren oder E-Mails (Schneeballmethode im Umfeld der Autorin) erfahren haben. Es nahmen 187 Personen (82 Männer, 105 Frauen) zwischen 18 und 72 Jahren ($M = 33$ Jahre) an der Untersuchung teil. Der BMI der Teilnehmer lag zwischen 15 und 43 ($M = 25$). Die Auswertung erfolgte mittels Korrelations- und hierarchischer Regressionsanalyse.

Ergebnisse

Es konnte nur für Personen mit Symptomen der AN, nicht aber für Personen mit Symptomen der BN und der BED bestätigt werden, dass Appearance-RS alleine eine Rolle spielt. Zwischen Personen mit Symptomen der AN und der BED zeigte sich ein deutlicher Unterschied in der Appearance-RS. Hier ist die Frage nach der Kausalität noch offen. Personen mit Symptomen der BN zeigten deutlich größere soziale Ängstlichkeit als Personen

mit Symptomen der AN und der BED, wodurch sich die Frage stellt, ob die Gegenregulation nach Essanfällen möglicherweise davon abhängt, wie sozial ängstlich eine Person ist.

Ein negativer Zusammenhang von Body Surveillance mit Symptomen der BED (positiv mit Symptomen von AN und BN), könnte durch Schutzmechanismen der bingenden Personen erklärt werden. Personen mit Symptomen der AN scheinen die kulturellen Normen stärker internalisiert zu haben als Personen mit Symptomen der anderen beiden Essstörungen. Hier steht wieder die Frage nach Ursache und Wirkung im Raum.

13.2 Abstract englisch

Theoretical Background

Appearance-based Rejection Sensitivity (Appearance-RS) is defined as “a personality processing system characterized by a dispositional tendency to anxiously expect, readily perceive, and overreact to signs of rejection based on one’s appearance” (Park et al., 2009, p. 108).

Eating disorders are a problem of growing importance in the whole world. Besides anorexia nervosa (AN) and bulimia nervosa (BN), the binge eating disorder (BED) is worth being researched as well (Saß et al., 2003; Stamm, 2011).

The *Objectification Theory* describes the negative effect of an objectifying gaze on women (Fredrickson & Roberts, 1997). The most important point about this gaze is that women tend to take over the way they are looked at and like that internalise the social standards and take them for their own (Moradi & Huang, 2008).

The aim of this study was to examine the correlations between symptoms of anorexia nervosa, bulimia nervosa and the binge eating disorder and constructs and variables that could play a role in the development and maintenance of eating disorders in a population sample. It is meant to help amplify approaches for treatment and prevention of eating disorders.

Method

This study was conducted using an online-questionnaire. The Invitation to the study was posted on several bulletin boards and was as well sent via e-mail to generate a sample using the snowball method. 187 people (82 male, 105 female), ages between 18 and 72 years ($M = 33$ years) filled in the complete questionnaire. The participants’ BMIs were

between 15 and 43 ($M = 25$). The statistical analyses included correlational and hierarchical regression analyses.

Results

Appearance-RS played a role for symptoms of AN but not for BN or BED. Persons with symptoms of AN and BED differed with regard to Appearance-RS. However, direction of causality remained unclear. Persons with symptoms of BN reported higher social anxiety than persons with symptoms of AN or BED, suggesting that weight regulation after binge eating may depend on levels of social anxiety.

Body Surveillance and symptoms of BED correlated negatively, which contrasts the positive correlations between body surveillance and symptoms of AN and BN. Persons with symptoms of AN may have internalised cultural norms more strongly than persons with symptoms of AN and BN. However, direction of causality was again unclear.

Literaturverzeichnis

- Austin, S. B., Kim, J., Wiecha, J., Troped, P. J., Feldman, H. A., & Peterson, K. E. (2007). School-based overweight preventive intervention lowers incidence of disordered weight-control behaviors in early adolescent girls. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161(9), 865-869.
- Barry, D., Pietrzak, R. H., & Petry, N. M. (2008). Gender differences in associations between body mass index and DSM-IV mood and anxiety disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Annals of Epidemiology*, 18(6), 458-466.
- Biddle, S. (1995). Exercise and psychosocial health. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 66(4), 292-297.
- Boskind-Lodahl, M. (1976). Cinderella's stepsister: A feminist perspective on anorexia nervosa and bulimia. *SIGNS: Journal of Women in culture and Society*, 2, 342-356.
- Bradford, J. W., & Petrie, T. A. (2008). Sociocultural factors and the development of disordered eating: A longitudinal analysis of competing hypotheses. *Journal of Counseling Psychology*, 55(2), 246-262.
- Brähler, E., Strauß, B., Hessel, A., & Schumacher, J. (2000). Normierung des Fragebogens zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBcK) an einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe. *Diagnostica*, 46(3), 156-164.
- Brownstone, L. M., Bardone-Cone, A. M., Fitzsimmons-Craft, E. E., Printz, K. S., Le Grange, D., Mitchell, J. E., . . . Joiner, T. E. (2013). Subjective and objective binge eating in relation to eating disorder symptomatology, negative affect, and personality dimensions. *International Journal of Eating Disorders*, 46(1), 66-76.
- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books.
- Bruch, H. (1979). Island in the river: The anorexic adolescent in treatment. In S.C. Feinstein & P.L. Giovacchini (Hrsg.), *Adolescent psychiatry*, 7, 26-40. Chicago: University of Chicago Press.
- Calogero, R. M., Davis, W. N., & Thompson, J. K. (2005). The role of self-objectification in the experience of women with eating disorders. *Sex Roles*, 52(1-2), 43-50.
- Calogero, R. M., Park, L. E., Rahemtulla, Z. K., & Williams, K. C. D. (2010). Predicting excessive body image concerns among British university students: The unique role of Appearance-based Rejection Sensitivity. *Body Image*, 7(1), 78-81.
- Campbell, A., & Hausenblas, H. A. (2009). Effects of exercise interventions on body image: A meta-analysis. *Journal of Health Psychology*, 14(6), 780-793.
- Cash, T. F., & Deagle, E. A. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22(2), 107-125.
- Cassin, S. E., & von Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review*, 25(7), 895-916.
- de Zwaan, M., & Friedrich, H. C. (2006). Binge Eating Störung. *Therapeutische Umschau*, 63(8), 529-533.
- Diehl, J. M., & Staufienbiel, T. (1994a). *Inventar zum Essverhalten und Gewichtsproblemen (IEG)*. Eschborn: Verlag Dietmar Klotz
- Diehl, J. M., & Staufienbiel, T. (1994b). *Eßstörungen-Inventar (ESI)*. Supplement zum IEG auf Diskette. Eschborn: Verlag Dietmar Klotz.

- Dilling, H. & Freyberger, H.J. (2008). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen* (4. überarbeitete Auflage). Bern: Hans Huber.
- Downey, G., & Feldman, S. I. (1996). Implications of rejection sensitivity for intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(6), 1327-1343.
- Eichberg, S., & Rott, C. (2004). Sportverhalten im mittleren und höheren Erwachsenenalter: Bedingungsfaktor für Kontinuität und Diskontinuität. *Journal of Public Health*, 12(2), 93-104.
- Engeln-Maddox, R. (2006). Buying a beauty standard or dreaming of a new life? Expectations associated with media ideals. *Psychology of Women Quarterly*, 30(3), 258-266.
- Engeln-Maddox, R., Miller, S. A., & Doyle, D. M. (2011). Tests of Objectification Theory in gay, lesbian, and heterosexual community samples: Mixed evidence for proposed pathways. *Sex Roles*, 65(7-8), 518-532.
- Ferring, D., & Filipp, S.-H. (1996). Kurzbericht. Messung des Selbstwertgefühls: Befunde zu Reliabilität, Validität und Stabilität der Rosenberg Skala. *Diagnostica*, 42(3), 284-292.
- Fitzsimmons-Craft, E. E., Bardone-Cone, A. M., & Kelly, K. A. (2011). Objectified Body Consciousness in relation to recovery from an eating disorder. *Eating Behaviors*, 12(4), 302-308.
- Forrester-Knauss, C. & Zemp-Stutz, E. (2012). Gender differences in disordered eating and weight dissatisfaction in Swiss adults: Which factors matter? *BMC Public Health*, 12, 809.
- Fredrickson, B. L., & Roberts, T. A. (1997). Objectification Theory - Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly*, 21(2), 173-206.
- Fredrickson, B. L., Roberts, T. A., Noll, S. M., Quinn, D. M., & Twenge, J. M. (1998). That swimsuit becomes you: Sex differences in self-objectification, restrained eating, and math performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(1), 269-284.
- Fydrich, T. (2003). SPAI. Soziale Phobie und Angst Inventar. In N. Klann, K. Hahlweg & N. H. Heinrichs (Eds.), *Diagnostische Verfahren für die Beratung* (pp. 212-216). Göttingen: Hogrefe.
- Gargari, B. P., Khadem-Haghighian, M., Taklifi, E., Hamed-Behzad, M., & Shahraki, M. (2010). Eating attitudes, self-esteem and social physique anxiety among Iranian females who participate in fitness programs. *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 50(1), 79-84.
- Godart, N. T., Flament, M. F., Lecrubier, Y., & Jeammet, P. (2000). Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: co-morbidity and chronology of appearance. *European Psychiatry*, 15(1), 38-45.
- Gull, W. (1874). *Anorexia Nervosa*. Clinical Society's Transactions, vii, 22.
- Gull, W. (1888). *Anorexia Nervosa*, *Lancet*, 1, 516-517.
- Hart, E. A., Leary, M. R., & Rejeski, W. J. (1989). The measurement of social physique anxiety. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 11(1), 94-104.
- Hayden, M. J., Dixon, M. E., Dixon, J. B., Playfair, J., & O'Brien, P. E. (2010). Perceived discrimination and stigmatisation against severely obese women: Age and weight loss make a difference. *Obesity Facts*, 3(1), 7-14.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427-440.

- Jacobi, C., Fittig, E., Bryson, S. W., Wilfley, D., Kraemer, H. C., & Taylor, C. B. (2011). Who is really at risk? Identifying risk factors for subthreshold and full syndrome eating disorders in a high-risk sample. *Psychological Medicine*, 41(9), 1939-1949.
- Kull, M. (2003). Physical activity and mental health: Relationships between depressiveness, psychological disorders and physical activity level in women. *Biology of Sport*, 20(2), 129-138.
- Lasègue, E.-C. (1873). De l'anorexie hystérique. *Archives générales de médecine*, 1, 385-403.
- McKinley, N. M. (1995). Women and Objectified Body Consciousness: A feminist psychological analysis. *Dissertation Abstracts International*, 56(05B), 9527111.
- McKinley, N. M., & Hyde, J. S. (1996). The Objectified Body Consciousness Scale: Development and validation. *Psychology of Women Quarterly*, 20(2), 181-215.
- Mercurio, A., & Rima, B. (2011). Watching My Weight: Self-Weighing, Body Surveillance, and Body Dissatisfaction. *Sex Roles*, 65(1-2), 47-55.
- Monro, F., & Huon, G. (2005). Media-portrayed idealized images, body shame, and appearance anxiety. *International Journal of Eating Disorders*, 38(1), 85-90.
- Moradi, B., & Huang, Y.-P. (2008). Objectification Theory and psychology of women: A decade of advances and future directions. *Psychology of Women Quarterly*, 32(4), 377-398.
- Park, L. E. (2007). Appearance-based Rejection Sensitivity: Implications for mental and physical health, affect, and motivation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33(4), 490-504.
- Park, L. E., Calogero, R. M., Young, A. F., & DiRaddo, A. M. (2010). Appearance-based Rejection Sensitivity predicts body dysmorphic disorder symptoms and cosmetic surgery acceptance. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(5), 489-509.
- Park, L. E., DiRaddo, A. M., & Calogero, R. M. (2009). Sociocultural influence and Appearance-based Rejection Sensitivity among college students. *Psychology of Women Quarterly*, 33(1), 108-119.
- Park, L. E., & Pinkus, R. T. (2009). Interpersonal effects of Appearance-based Rejection Sensitivity. *Journal of Research in Personality*, 43(4), 602-612.
- Preti, A., de Girolamo, G., Vilagut, G., Alonso, J., de Graaf, R., Bruffaerts, R., . . . Morosini, P. (2009). The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of Psychiatric Research*, 43(14), 1125-1132.
- PULS4 TV GmbH & CoKG. (2013). Austria's Next Topmodel. Retrieved 22.01.2013, from <http://www.puls4.com/topmodel>
- Reilly, A., & Rudd, N. A. (2009). Social anxiety as predictor of personal aesthetic among women. *Clothing and Textiles Research Journal*, 27(3), 227-239.
- Rohrauer, G. (2006). *Implementation of mental health promotion and prevention policies and strategies in EU member states and applicant countries (EMIP)*. Paper presented at the Seelische Gesundheit - Mental health promotion and prevention strategies in Austria.
- Rolls, B. J., Fedoroff, I. C., & Guthrie, J. F. (1991). Gender differences in eating behavior and body-weight regulation. *Health Psychology*, 10(2), 133-142.
- Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429-448.
- Sanchez-Carracedo, D., Neumark-Sztainer, D., & Lopez-Guimera, G. (2012). Integrated prevention of obesity and eating disorders: barriers, developments and opportunities. *Public Health Nutrition*, 15(12), 2295-2309.

- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M., & Houben, I. (2003). *Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen - Textrevision - DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Sawaoka, T., Barnes, R. D., Blomquist, K. K., Masheb, R. M. & Grilo, C. M. (2012). Social anxiety and self-consciousness in binge eating disorder: Associations with eating disorder psychopathology. *Comprehensive Psychiatry*, 53(6), 740-745.
- Schnyder, U., Milos, G., Mohler-Kuo, M., & Dermota, P. (2012). *Prävalenz von Essstörungen in der Schweiz: Schlussbericht*. Retrieved 08.03.2013, from http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05207/13287/index.html?lang=de
- Schwalberg, M. D., Barlow, D. H., Alger, S. A., & Howard, L. J. (1992). Comparison of bulimics, obese binge eaters, social phobics, and individuals with panic disorder on comorbidity across DSM-III-R anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(4), 675-681.
- Stamm, I. (2011). Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011 - Kurzfassung. Retrieved 30.04.2012, from http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/7/2/9/CH1292/CMS1300998495169/frauengesundheitsbericht_kurzfassung.pdf
- Statistik Austria. (2007). Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07. Retrieved 29.08.2012, from http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/gesundheit/publdetail?id=4&listid=4&detail=457
- Stice, E. (2001a). A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: Mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(1), 124-135.
- Stice, E. (2001b). Risk factors for eating pathology: Recent advantages and future directions. In R. H. Striegel-Moore & L. Smolak (Eds.), *Eating disorders: Innovative directions in research and practice* (pp. 51-73). Washington DC: American Psychological Association.
- Stice, E., & Bearman, S. K. (2001). Body-image and eating disturbances prospectively predict increases in depressive symptoms in adolescent girls: A growth curve analysis. *Developmental Psychology*, 37(5), 597-607.
- Stieglitz, R.-D. (2008). *Diagnostik und Klassifikation in der Psychiatrie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Striegel-Moore, R. H., & Bulik, C. M. (2007). Risk factors for eating disorders. *American Psychologist*, 62(3), 181-198.
- Striegel-Moore, R. H., Silberstein, L. R., & Rodin, J. (1986). Toward an understanding of risk-factors for bulimia. *American Psychologist*, 41(3), 246-263.
- Stunkard, A. J. (1959). Eating patterns and obesity. *Psychiatric Quarterly*, 33(2), 284-295.
- Thielsch, M. T. (2008). *Ästhetik von Websites, Wahrnehmung von Ästhetik und deren Beziehung zu Inhalt, Usability und Persönlichkeitsmerkmalen*. Münster: MV Wissenschaft.
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M., & Tantleff-Dunn, S. (1999). Future directions: Integrative theories, multidimensional assessments, and multicomponent interventions. In J. K. Thompson, L. J. Heinberg, M. Altabe & S. Tantleff-Dunn (Eds.), *Examining beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance* (pp. 311-326). Washington, DC: American Psychological Association.

- Tylka, T. L., & Sabik, N. J. (2010). Integrating Social Comparison Theory and self-esteem within Objectification Theory to predict women's disordered eating. *Sex Roles*, 63(1), 18-31.
- Ussher, M. H., Owen, C. G., Cook, D. G., & Whincup, P. H. (2007). The relationship between physical activity, sedentary behaviour and psychological wellbeing among adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(10), 851-856.
- Voderholzer, U., Cuntz, U., & Schlegl, S. (2012). Eating disorders. State of the art research and future challenges. *Nervenarzt*, 83(11), 1458-1467.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2004). The International Classification of adult underweight, overweight and obesity according to BMI. Retrieved 29.08.2012, from http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html
- Wilfley, D. E., Bishop, M. E., Wilson, G. T., & Agras, W. S. (2007). Classification of eating disorders: Toward DSM-V. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 123-S129.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Demographische Variablen getrennt nach Geschlecht.....	26
Tabelle 2: Schritte der hierarchischen Regression.....	33
Tabelle 3: Hierarchische Regression zum Zusammenhang zwischen Symptomen der Anorexia Nervosa (als AV) und Appearance-based Rejection Sensitivity.	36
Tabelle 4: Korrelationen und Partielle Korrelationen von Essstörungssymptomen mit sozialer Ängstlichkeit, Body Surveillance, Body Shame, Control Beliefs, sportlicher Aktivität, Appearance-RS, Selbstwert	38

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Fragebogen Seite 1: Begrüßung.....	65
Abbildung 2: Fragebogen Seite 2: Demographie	66
Abbildung 3: Fragebogen Seite 3: Sportliche Aktivität und Zufriedenheit mit dem eigenen Körper	67
Abbildung 4: Fragebogen Seite 4: Appearance-based Rejection Sensitivity Scale (deutsche Übersetzung) 1	68
Abbildung 5: Fragebogen Seite 4: Appearance-based Rejection Sensitivity Scale (deutsche Übersetzung) 2	69
Abbildung 6: Fragebogen Seite 5: Appearance-based Rejection Sensitivity Scale (deutsche Übersetzung) 1	70
Abbildung 7: Fragebogen Seite 5: Appearance-based Rejection Sensitivity Scale (deutsche Übersetzung) 2	71
Abbildung 8: Fragebogen Seite 6: Appearance-based Rejection Sensitivity Scale (deutsche Übersetzung) 1	72
Abbildung 9: Fragebogen Seite 6: Appearance-based Rejection Sensitivity Scale (deutsche Übersetzung) 2	73
Abbildung 10: Fragebogen Seite 7: Objectified Body Consciousness Scale (deutsche Übersetzung)	73
Abbildung 11: Fragebogen Seite 8: Objectified Body Consciousness Scale (deutsche Übersetzung)	74
Abbildung 12: Fragebogen Seite 9: Objectified Body Consciousness Scale (deutsche Übersetzung)	75
Abbildung 13: Fragebogen Seite 10: Rosenberg Self Esteem Scale	76
Abbildung 14: Fragebogen Seite 11: Essstörungeninventar.....	77
Abbildung 15: Fragebogen Seite 12: Essstörungeninventar.....	78
Abbildung 16: Fragebogen Seite 13: Soziale Phobie und Angst Inventar	79
Abbildung 17: Fragebogen Seite 14: Soziale Phobie und Angst Inventar	80
Abbildung 18: Fragebogen Seite 15: Soziale Phobie und Angst Inventar	81
Abbildung 19: Fragebogen Seite 16: Soziale Phobie und Angst Inventar	82
Abbildung 20: Fragebogen Seite 17: Soziale Phobie und Angst Inventar	83

Abbildung 21: Fragebogen Seite 18: Teilnahme am Gewinnspiel	84
Abbildung 22: Fragebogen Seite 19: Verabschiedung	84

Anhang

A.1 Einladung zur Befragung

Liebe Forenmitglieder! (Lieber Empfänger! Liebe Empfängerin!)

Ich studiere an der Universität Wien das Fach Psychologie und suche nach Teilnehmern und Teilnehmerinnen ab 18 Jahren für eine **Online-Befragung**, die ich im Rahmen meiner Diplomarbeit durchführe.

In dieser Befragung geht es um Ihre Einstellung zu Ihrem Körper und darum wie diese Einstellung Ihr Verhalten im Umgang mit anderen Personen beeinflusst.

Das Beantworten der Fragen dauert etwa **20 Minuten**.

Ich bitte vor allem die Männer unter Ihnen um ihre Teilnahme, um auch mehr über die, in der bisherigen Forschung eher vernachlässigte, männliche Sichtweise in Erfahrung zu bringen und diese mit der weiblichen vergleichen zu können!

Als **Dankeschön** werden unter allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern 3 Gutscheine von Amazon im Wert von je 20€ verlost!

Ihre Angaben werden **anonym, verschlüsselt und für Dritte unzugänglich** gespeichert. Sie haben während der Befragung jederzeit die Möglichkeit abubrechen, ohne dass Ihre bereits gemachten Angaben gespeichert werden.

Der Link zur Studie ist: https://www.soscisurvey.de/hroch_diplomarbeit/

Bei Fragen wenden Sie sich bitte per E-Mail an mich, unter: a0500405@unet.univie.ac.at

Bitte leiten Sie diese Nachricht an möglichst viele Personen weiter!

Ich freue mich über Ihre Teilnahme!

Mit freundlichen Grüßen,
Caroline Hroch (Matrikelnr.: 0500405)

A.2 Fragebogen



0% ausgefüllt

Liebe Teilnehmerinnen! Liebe Teilnehmer!

Im Rahmen meiner Diplomarbeit an der Universität Wien führe ich eine Befragung durch.

In dieser Befragung geht es um Ihre Einstellung zu Ihrem eigenen Körper und darum, wie diese Einstellung Ihr Verhalten im Umgang mit anderen Personen beeinflusst. Im Folgenden werden Ihnen Fragen zu Ihrer Person und zu verschiedenen Eigenschaften und Einstellungen gestellt. Es gibt hier keine richtigen oder falschen Antworten.

Ihre Angaben werden streng vertraulich und **anonym** behandelt und können nicht zu Ihnen zurückverfolgt werden. Sie können die Befragung jederzeit abbrechen.

Als Dankeschön für Ihre Teilnahme werden unter allen Teilnehmern, die die Befragung abschließen, drei Amazon Gutscheine im Wert von je 20€ verlost.

Den Fortschritt im Fragebogen können Sie oben links in einem Balken ablesen.

Bitte beantworten Sie alle Fragen **ehrlich** und lassen Sie keine Frage aus!

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Caroline Hroch

Um zu beginnen klicken Sie bitte auf "Weiter".

Weiter

Universität Wien
Institut für Angewandte Psychologie
Liebiggasse 5, 1010 Wien
Caroline Hroch, 2012

Abbildung 1: Fragebogen Seite 1: Begrüßung

Bitte machen Sie einige Angaben zu Ihrer Person.

Bitte wählen Sie die jeweils zutreffende Antwort. Sollte bei einer Frage nicht klar sein, welches die zutreffende Antwort ist, wählen Sie bitte die Antwort, die am ehesten zutrifft.

Geschlecht

[Bitte auswählen]

Alter

[Bitte auswählen]

Höchste abgeschlossene Ausbildung

[Bitte auswählen]

Familienstand

[Bitte auswählen]

Kinder

[Bitte auswählen]

Staatsbürgerschaft

[Bitte auswählen]

Muttersprache

[Bitte auswählen]

Sexuelle Orientierung

[Bitte auswählen]

BMI (Body Mass Index)

Größe in Metern
(Komma bitte als
Beistrich)

m.

Gewicht in
Kilogramm

kg.

Wie haben Sie von dieser Untersuchung erfahren?

[Bitte auswählen]

Weiter

Universität Wien

Institut für Angewandte Psychologie

Liebiggasse 5, 1010 Wien

Caroline Hroch, 2012

Abbildung 2: Fragebogen Seite 2: Demographie



11% ausgefüllt

Im Nachfolgenden finden Sie Fragen zu Ihren sportlichen Aktivitäten.

Bitte wählen Sie die jeweils zutreffende Antwort.

Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung oder Behinderung, die Sie an sportlicher Aktivität hindert? (z.B.: Asthma, Gehbehinderung...)

nein

ja

Treiben Sie regelmäßig Sport?

nein

ja

Wie oft treiben Sie Sport?

[Bitte auswählen]

Wie viele Stunden treiben Sie in der Woche Sport?

[Bitte auswählen]

Welche Sportart üben Sie aus? (z.B.: Radfahren, Yoga, Krafttraining...)

Geben Sie bitte die Sportart an, die Sie am häufigsten ausüben.

Im Folgenden finden Sie Fragen zur Zufriedenheit mit Ihrem körperlichen Erscheinungsbild.

Kreuzen Sie bitte die zutreffende Antwort an.

	Stimmt nicht				Stimmt	
	1	2	3	4	5	6
Ich wünsche mir einen anderen Körper.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin mit meinem Aussehen zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin mit meiner Figur zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin mit meinem Körper zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Weiter

Universität Wien

Institut für Angewandte Psychologie

Liebiggasse 5, 1010 Wien

Caroline Hroch, 2012

Abbildung 3: Fragebogen Seite 3: Sportliche Aktivität und Zufriedenheit mit dem eigenen Körper

Jeder der folgenden Punkte beschreibt eine andere Situation in der man sich befinden könnte. Bitte versetzen Sie sich in jede Situation und markieren Sie auf der Skala, wie Sie sich fühlen würden. Ihre Antworten werden vertraulich behandelt. Seien Sie bitte so ehrlich wie möglich.

Sie verlassen Ihr Haus, um zu einer ersten Verabredung zu gehen, als Sie einen Pickel in Ihrem Gesicht bemerken.

sehr
unbesorgt sehr
besorgt
1 2 3 4 5 6

Wie besorgt oder nervös wären Sie, dass Ihre Verabredung Sie aufgrund Ihres Aussehens weniger attraktiv findet?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

sehr
unwahrscheinlich sehr
wahrscheinlich
1 2 3 4 5 6

Ich würde erwarten, dass die Person mich weniger attraktiv findet.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Sie probieren Kleidung in einem Kaufhaus und bemerken, dass Sie seit letzter Woche ein paar Pfund [1 Pfund = ca. 0,5kg] zugenommen haben.

sehr
unbesorgt sehr
besorgt
1 2 3 4 5 6

Wie besorgt oder nervös wären Sie, dass Andere Sie vielleicht aufgrund Ihres körperlichen Erscheinungsbilds weniger attraktiv finden würden?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

sehr
unwahrscheinlich sehr
wahrscheinlich
1 2 3 4 5 6

Ich würde erwarten, dass Andere mich weniger attraktiv finden.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Sie sind bei einer Feier und sind kleiner als alle anderen Anwesenden.

sehr
unbesorgt sehr
besorgt
1 2 3 4 5 6

Wie besorgt oder nervös wären Sie, dass Andere Sie aufgrund Ihres Aussehens nicht attraktiv finden würden?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

sehr
unwahrscheinlich sehr
wahrscheinlich
1 2 3 4 5 6

Ich würde erwarten, dass sich Andere aufgrund meines Aussehens nicht zu mir hingezogen fühlen.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Sie stellen ein Foto von sich selbst auf eine Partnervermittlungsplattform im Internet.

sehr
unbesorgt sehr
besorgt
1 2 3 4 5 6

Wie besorgt oder nervös wären Sie, dass andere Leute Sie aufgrund Ihres Aussehens nicht kontaktieren würden? (wie körperlich attraktiv/unattraktiv Sie aussehen)

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

sehr
unwahrscheinlich sehr
wahrscheinlich
1 2 3 4 5 6

Ich würde aufgrund meines Aussehens erwarten, dass andere Leute mich nicht kontaktieren.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Ihr neuer Freund/Ihre neue Freundin hat Ihnen zum Geburtstag eine Mitgliedschaft in einem Fitnesscenter gekauft.

sehr
unbesorgt sehr
besorgt
1 2 3 4 5 6

Abbildung 4: Fragebogen Seite 4: Appearance-based Rejection Sensitivity Scale (deutsche Übersetzung) 1

	Wie besorgt oder nervös wären Sie, dass Ihnen dieses Geschenk wegen der Art wie Ihr Körper aussieht gekauft wurde?	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐					
		sehr unwahrscheinlich			sehr wahrscheinlich		
		1	2	3	4	5	6
	Ich würde annehmen, dass mein Partner mir dieses Geschenk aufgrund dessen wie mein Körper aussieht gegeben hat.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐					
	Weiter						
	Universität Wien Institut für Angewandte Psychologie Liebiggasse 5, 1010 Wien Caroline Hroch, 2012						

Abbildung 5: Fragebogen Seite 4: Appearance-based Rejection Sensitivity Scale (deutsche Übersetzung) 2

Während eines Abendessens in einem Restaurant fällt Ihnen auf, dass Ihre Verabredung eine attraktive Person quer durch den Raum anblickt.

sehr
unbesorgt sehr
besorgt
1 2 3 4 5 6

Wie besorgt oder nervös wären Sie, dass Ihre Verabredung sich aufgrund Ihres Aussehens weniger für Sie interessiert?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

sehr
unwahrscheinlich sehr
wahrscheinlich
1 2 3 4 5 6

Ich würde erwarten, dass sich meine Verabredung aufgrund meines Aussehens weniger für mich interessiert.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Sie stehen in einer Warteschlange vor einer Diskothek und andere, die hinter Ihnen warten, werden vor Ihnen hineingelassen.

sehr
unbesorgt sehr
besorgt
1 2 3 4 5 6

Wie besorgt oder nervös wären Sie, dass Sie aufgrund Ihres körperlichen Erscheinungsbilds nicht hineingelassen wurden?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

sehr
unwahrscheinlich sehr
wahrscheinlich
1 2 3 4 5 6

Ich würde aufgrund meines körperlichen Erscheinungsbilds nicht erwarten, in die Diskothek hineingelassen zu werden.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Sie haben jemanden in einem Kaffeehaus kennengelernt und Ihre Telefonnummer hergegeben. Drei Tage sind vergangen und Sie haben immer noch nichts gehört.

sehr
unbesorgt sehr
besorgt
1 2 3 4 5 6

Wie besorgt oder nervös wären Sie, dass Sie aufgrund Ihres körperlichen Erscheinungsbilds nicht angerufen wurden?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

sehr
unwahrscheinlich sehr
wahrscheinlich
1 2 3 4 5 6

Ich würde erwarten, dass er/sie mich aufgrund der Art wie ich aussah nicht anruft.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Ihr Freund/Ihre Freundin mit dem/der Sie seit drei Monaten zusammen sind, überlegt sich mit Ihnen Schluss zu machen.

sehr
unbesorgt sehr
besorgt
1 2 3 4 5 6

Wie besorgt oder nervös wären Sie, dass er/sie die Beziehung aufgrund Ihres Aussehens beendet?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

sehr
unwahrscheinlich sehr
wahrscheinlich
1 2 3 4 5 6

Ich würde erwarten, dass mein Freund/meine Freundin aufgrund meines Aussehens mit mir Schluss macht.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Sie sind in einer Diskothek und all Ihre Freunde wurden zum Tanzen aufgefordert, nur Sie nicht.

sehr
unbesorgt sehr
besorgt
1 2 3 4 5 6

Abbildung 6: Fragebogen Seite 5: Appearance-based Rejection Sensitivity Scale (deutsche Übersetzung) 1

	Wie besorgt oder nervös wären Sie, dass aufgrund Ihres Aussehens niemand mit Ihnen tanzen möchte?	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐					
		sehr unwahrscheinlich			sehr wahrscheinlich		
		1	2	3	4	5	6
	Ich würde erwarten, dass aufgrund meines Aussehens niemand mit mir tanzen möchte.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐					
	Weiter						
	Universität Wien Institut für Angewandte Psychologie Liebiggasse 5, 1010 Wien Caroline Hroch, 2012						

Abbildung 7: Fragebogen Seite 5: Appearance-based Rejection Sensitivity Scale (deutsche Übersetzung) 2

Sie haben ein „Blind Date“. Die Verabredung verläuft gut und Sie mögen die Person, aber er/sie hat Sie seit einigen Tagen nicht angerufen.

sehr
unbesorgt sehr
besorgt
1 2 3 4 5 6

Wie besorgt oder nervös wären Sie, dass Ihre Verabredung Sie wegen der Art wie Sie aussahen nicht angerufen hat?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

sehr
unwahrscheinlich sehr
wahrscheinlich
1 2 3 4 5 6

Ich würde erwarten, dass mich meine Verabredung wegen der Art wie ich aussah nicht anruft.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Sie nehmen Tanzstunden, die tanzen mit Partnern beinhalten. Als der Tanzlehrer dazu auffordert einen Partner zu finden, wählt Sie niemand.

sehr
unbesorgt sehr
besorgt
1 2 3 4 5 6

Wie besorgt oder nervös wären Sie, dass Sie aufgrund Ihres Aussehens nicht zum Tanzen ausgewählt wurden?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

sehr
unwahrscheinlich sehr
wahrscheinlich
1 2 3 4 5 6

Ich würde erwarten, aufgrund meines Aussehens nicht zum Tanzen ausgewählt zu werden.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Ihr Lebensgefährte/Ihre Lebensgefährtin gibt ein Kommentar über Ihr Gewicht ab.

sehr
unbesorgt sehr
besorgt
1 2 3 4 5 6

Wie besorgt oder nervös wären Sie, dass er/sie Sie aufgrund Ihres Aussehens weniger attraktiv findet?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

sehr
unwahrscheinlich sehr
wahrscheinlich
1 2 3 4 5 6

Ich würde erwarten das er/sie mich aufgrund meines Aussehens weniger attraktiv findet.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Ihr Haar sieht in letzter Zeit schütter aus.

sehr
unbesorgt sehr
besorgt
1 2 3 4 5 6

Wie besorgt oder nervös wären Sie, dass Andere Sie aufgrund ihres körperlichen Erscheinungsbilds weniger attraktiv finden?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

sehr
unwahrscheinlich sehr
wahrscheinlich
1 2 3 4 5 6

Ich würde erwarten, dass Andere mich weniger attraktiv finden.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Sie betrachten sich selbst im Spiegel und bemerken, dass Ihr Bauch größer wird.

sehr
unbesorgt sehr
besorgt
1 2 3 4 5 6

Wie besorgt oder nervös wären Sie, dass Andere Sie aufgrund ihres körperlichen Erscheinungsbilds weniger attraktiv finden?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

sehr
unwahrscheinlich sehr
wahrscheinlich
1 2 3 4 5 6

Abbildung 8: Fragebogen Seite 6: Appearance-based Rejection Sensitivity Scale (deutsche Übersetzung) 1



39% ausgefüllt

	stimme garnicht zu						stimme völlig zu						nicht zutreffend
	1	2	3	4	5	6							
Wenn ich mein Gewicht nicht unter Kontrolle habe, fühle ich mich als ob etwas mit mir nicht stimmt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐							☐
Ich schäme mich für mich selbst, wenn ich mich nicht bemüht habe, so gut wie möglich auszusehen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐							☐
Ich fühle mich als wäre ich ein schlechter Mensch, wenn ich nicht so gut aussehe wie ich könnte.	☐	☐	☐	☐	☐	☐							☐
Ich würde mich schämen, wenn andere Leute wüssten wieviel ich wirklich wiege.	☐	☐	☐	☐	☐	☐							☐
Ich mache mir nie Sorgen, dass etwas mit mir nicht stimmt, wenn ich nicht so viel Sport treibe wie ich sollte.	☐	☐	☐	☐	☐	☐							☐
Wenn ich nicht genug Sport treibe, frage ich mich ob ich als Mensch gut genug bin.	☐	☐	☐	☐	☐	☐							☐
Selbst wenn ich mein Gewicht nicht unter Kontrolle habe, denke ich, als Mensch in Ordnung zu sein.	☐	☐	☐	☐	☐	☐							☐
Wenn ich nicht die Größe habe, die ich meiner Meinung nach haben sollte, schäme ich mich.	☐	☐	☐	☐	☐	☐							☐

Weiter

Universität Wien

Institut für Angewandte Psychologie

Liebiggasse 5, 1010 Wien

Caroline Hroch, 2012

Abbildung 11: Fragebogen Seite 8: Objectified Body Consciousness Scale (deutsche Übersetzung)



oFb - der onlineFragebogen

44% ausgefüllt

	stimme garnicht zu						stimme völlig zu						nicht zutreffend
	1	2	3	4	5	6							
Ich denke, das Aussehen steht fest wenn man auf die Welt kommt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐							☐
Größtenteils braucht man von vorn herein einen entsprechenden Körper, um in Form zu sein.	☐	☐	☐	☐	☐	☐							☐
Ich denke, jede Person kann ziemlich so aussehen wie sie will, solange sie gewillt ist daran zu arbeiten.	☐	☐	☐	☐	☐	☐							☐
Ich denke, ich habe keinen wirklich großen Einfluss darauf, wie mein Körper aussieht.	☐	☐	☐	☐	☐	☐							☐
Ich denke, das Gewicht einer Person hängt zum größten Teil davon ab, mit welchen Genen diese geboren worden ist.	☐	☐	☐	☐	☐	☐							☐
Es ist egal, wie sehr ich versuche mein Gewicht zu ändern, es wird wahrscheinlich immer ziemlich gleich bleiben.	☐	☐	☐	☐	☐	☐							☐
Ich kann so viel wiegen wie ich sollte, wenn ich mich genug bemühe.	☐	☐	☐	☐	☐	☐							☐
Die Form in der man ist, hängt hauptsächlich von den Genen ab.	☐	☐	☐	☐	☐	☐							☐

Weiter

Universität Wien

Institut für Angewandte Psychologie

Liebiggasse 5, 1010 Wien

Caroline Hroch, 2012

Abbildung 12: Fragebogen Seite 9: Objectified Body Consciousness Scale (deutsche Übersetzung)

Im Folgenden finden Sie Feststellungen die sich auf Ihre Einstellung zu sich selbst beziehen. Lesen Sie die Feststellungen bitte sorgfältig durch und schätzen Sie sie danach ein, wie sehr sie gegenwärtig auf Sie zutreffen.

Bitte bewerten Sie wie sehr die Aussagen auf Sie zutreffen.

	trifft gar nicht zu		trifft voll und ganz zu	
	1	2	3	4
Alles in allem bin ich mit mir selbst zufrieden.	☐	☐	☐	☐
Hin und wieder denke ich, dass ich gar nichts taue.	☐	☐	☐	☐
Ich besitze eine Reihe guter Eigenschaften.	☐	☐	☐	☐
Ich besitze die gleichen Fähigkeiten wie die meisten anderen Menschen auch.	☐	☐	☐	☐
Ich fürchte, es gibt nicht viel, worauf ich stolz sein kann.	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich von Zeit zu Zeit richtig nutzlos.	☐	☐	☐	☐
Ich halte mich für einen wertvollen Menschen, jedenfalls bin ich nicht weniger wertvoll als andere auch.	☐	☐	☐	☐
Ich wünschte, ich könnte vor mir selbst mehr Achtung haben.	☐	☐	☐	☐
Alles in allem neige ich dazu, mich für einen Versager zu halten.	☐	☐	☐	☐
Ich habe eine positive Einstellung zu mir selbst gefunden.	☐	☐	☐	☐

Weiter

Universität Wien

Institut für Angewandte Psychologie

Liebiggasse 5, 1010 Wien

Caroline Hroch, 2012

Abbildung 13: Fragebogen Seite 10: Rosenberg Self Esteem Scale

Sie finden nachfolgend Aussagen über bestimmte Verhaltensweisen, Einstellungen und Gewohnheiten im Bereich der Ernährung.

Machen Sie bitte bei jeder Aussage durch Ankreuzen der entsprechenden Zahl kenntlich, wie weit das Gesagte für Sie zutrifft oder nicht zutrifft.

	trifft nicht zu 1	trifft überwiegend nicht zu 2	trifft überwiegend zu 3	trifft zu 4
Nach dem Essen mache ich mir Sorgen, zu dick zu werden.	☐	☐	☐	☐
Ich habe fürchterliche Angst, an Gewicht zuzunehmen.	☐	☐	☐	☐
Wenn ich ein Pfund [ca. 0.5 kg] zunehme, habe ich Angst, dass es so weitergeht.	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich sehr schuldig, wenn ich zuviel gegessen habe.	☐	☐	☐	☐
Ich fürchte mich davor, Übergewicht zu haben.	☐	☐	☐	☐
Wenn ich in Bewegung bin, denke ich daran, wieviel Kalorien ich dabei verbrauche.	☐	☐	☐	☐
Ich kenne Fressanfälle, bei denen ich mit dem Essen nicht mehr aufhören kann.	☐	☐	☐	☐
Ich habe mich Fressanfällen hingegeben, wobei ich merkte, dass ich nicht mehr aufhören konnte zu essen.	☐	☐	☐	☐

Weiter

Universität Wien

Institut für Angewandte Psychologie

Liebiggasse 5, 1010 Wien

Caroline Hroch, 2012

Abbildung 14: Fragebogen Seite 11: Essstörungeninventar

	trifft nicht zu 1	trifft überwiegend nicht zu 2	trifft überwiegend zu 3	trifft zu 4
Wenn ich anfangs zu essen kann es vorkommen, dass ich einen kaum mehr zu beherrschenden Impuls verspüre, mich vollzuschlagen.	☐	☐	☐	☐
Es gibt beim Essen einen Punkt, bei dem ich meinen Appetit kaum mehr beherrschen kann.	☐	☐	☐	☐
Ich stopfe mich mit Essen voll.	☐	☐	☐	☐
Ich esse sehr gezügelt in Gegenwart anderer und stopfe mich voll, wenn sie weg sind.	☐	☐	☐	☐
Nach den Mahlzeiten verspüre ich den Drang zu erbrechen.	☐	☐	☐	☐
Nach dem Essen ist mir so unwohl, dass ich am liebsten erbrechen würde.	☐	☐	☐	☐
Ich erbreche nach dem Essen.	☐	☐	☐	☐
Nach dem Essen ist mir übel.	☐	☐	☐	☐
Ich habe Gedanken, Erbrechen auszuprobieren, um Gewicht zu verlieren.	☐	☐	☐	☐

Weiter

Universität Wien

Institut für Angewandte Psychologie

Liebiggasse 5, 1010 Wien

Caroline Hroch, 2012

Abbildung 15: Fragebogen Seite 12: Essstörungeninventar

Sie finden hier eine Liste, in der Erfahrungen, Gedanken und Gefühle beschrieben werden, die man in sozialen Situationen erleben kann. Unter einer sozialen Situation soll dabei eine Begegnung von zwei oder mehr Personen verstanden werden. Beispiele hierfür sind eine Versammlung, ein Vortrag, eine Party oder ein Gespräch mit anderen. Viele Menschen erleben sich selbst in solchen Situationen als unsicher. Das bedeutet, sie sind angespannt, nervös oder fühlen sich unwohl.

Bitte kreuzen Sie bei der jeweiligen Aussage an wie häufig Sie sich so erleben.

	nie 1	sehr selten 2	selten 3	manchmal 4	häufig 5	sehr häufig 6	immer 7
Ich bin unsicher, wenn ich zum Mittelpunkt der Aufmerksamkeit werde.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin unsicher, wenn ich in einer sozialen Situation bin und von mir erwartet wird, in irgendeiner Form aktiv zu werden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin unsicher, wenn ich eine Rede vor einem Publikum halte.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin unsicher, wenn ich mich im kleineren Rahmen bei einem zwanglosen Treffen äußere.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin unsicher, wenn ich in einer Gaststätte oder in einem Restaurant bin.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
In sozialen Situationen bin ich so unsicher, dass ich sie vermeide.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin in sozialen Situationen so unsicher, dass ich sie verlasse.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin unsicher bei einem Treffen im größeren Rahmen mit ...Fremden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Weiter

Universität Wien

Institut für Angewandte Psychologie

Liebiggasse 5, 1010 Wien

Caroline Hroch, 2012

Abbildung 16: Fragebogen Seite 13: Soziale Phobie und Angst Inventar

	nie 1	sehr selten 2	selten 3	manchmal 4	häufig 5	sehr häufig 6	immer 7
...Autoritätspersonen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...Angehörigen des anderen Geschlechts.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...Menschen im Allgemeinen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin unsicher und weiß nicht was ich tun soll, wenn ich in einer neuen Situation bin mit ...Fremden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...Autoritätspersonen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...Angehörigen des anderen Geschlechts.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...Menschen im Allgemeinen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin unsicher und weiß nicht was ich tun soll, wenn ich in eine Konfrontation verwickelt bin mit ...Fremden	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...Autoritätspersonen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...Angehörigen des anderen Geschlechts.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...Menschen im Allgemeinen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin unsicher und weiß nicht was ich tun soll, wenn ich in einer peinlichen Situation bin mit ...Fremden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...Autoritätspersonen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...Angehörigen des anderen Geschlechts.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Weiter

Universität Wien
Institut für Angewandte Psychologie
Liebiggasse 5, 1010 Wien
Caroline Hroch, 2012

Abbildung 17: Fragebogen Seite 14: Soziale Phobie und Angst Inventar

	nie 1	sehr selten 2	selten 3	manchmal 4	häufig 5	sehr häufig 6	immer 7
...Menschen im Allgemeinen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin unsicher, wenn ich eine Meinung verrete gegenüber ...Fremden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...Autoritätspersonen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...Angehörigen des anderen Geschlechts.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...Menschen im Allgemeinen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin unsicher, wenn ich ein Gespräch beginnen muss mit ...Fremden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...Autoritätspersonen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...Angehörigen der anderen Geschlechts.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...Menschen im Allgemeinen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin unsicher, wenn ich länger als ein paar Minuten zu tun habe mit ...Fremden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...Autoritätspersonen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...Angehörigen des anderen Geschlechts.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...Menschen im Allgemeinen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin unsicher, wenn ich spreche vor ...Fremden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...Autoritätspersonen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...Angehörigen des anderen Geschlechts.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Weiter

Universität Wien

Institut für Angewandte Psychologie

Liebiggasse 5, 1010 Wien

Caroline Hroch, 2012

Abbildung 18: Fragebogen Seite 15: Soziale Phobie und Angst Inventar

	nie 1	sehr selten 2	selten 3	manchmal 4	häufig 5	sehr häufig 6	immer 7
...Menschen im Allgemeinen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin unsicher, wenn ich kritisiert oder zurückgewiesen werde von ...Fremden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...Autoritätspersonen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...Angehörigen des anderen Geschlechts.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...Menschen im Allgemeinen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich versuche soziale Situationen zu vermeiden, wenn folgende Personen anwesend sind: ...Fremde.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...Autoritätspersonen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...Angehörigen des anderen Geschlechts.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...Menschen im Allgemeinen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin unsicher, wenn ich vor Fremden schreibe oder tippe.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bevor ich mich in eine soziale Situation begeben bin ich unsicher.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bevor ich mich in soziale Situationen begeben, denke ich an all die Dinge, die fehlschlagen können. Die Art Gedanken, die ich mir mache sind: ...Werde ich angemessen gekleidet sein?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...Ich werde wahrscheinlich einen Fehler machen und mich blamieren.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Weiter

Universität Wien

Institut für Angewandte Psychologie

Liebiggasse 5, 1010 Wien

Caroline Hroch, 2012

Abbildung 19: Fragebogen Seite 16: Soziale Phobie und Angst Inventar

	nie 1	sehr selten 2	selten 3	manchmal 4	häufig 5	sehr häufig 6	immer 7
...Was werde ich tun, wenn niemand mit mir spricht?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...Über was kann ich sprechen, wenn ein Gespräch stockend verläuft?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...Die Leute werden merken, wie unsicher ich bin.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe beunruhigende Gedanken, wenn ich in einer sozialen Umgebung bin. Zum Beispiel: ...Ich wünschte, ich könnte gehen und die ganze Situation vermeiden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...Wenn ich wieder alles vermassle werde ich wirklich mein Selbstvertrauen verlieren.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...Welchen Eindruck mache ich?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...Egal, was ich sage, es wird wahrscheinlich dumm klingen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
In sozialen Situationen erlebe ich folgendes: ...Schwitzen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...Erröten.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...Zittern.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...Häufigen Harndrang.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...Herzklopfen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Weiter

Universität Wien

Institut für Angewandte Psychologie

Liebiggasse 5, 1010 Wien

Caroline Hroch, 2012

Abbildung 20: Fragebogen Seite 17: Soziale Phobie und Angst Inventar



94% ausgefüllt

Bitte kreuzen Sie die entsprechende/n Alternative/n an, wenn Sie Ihre E-Mail-Adresse bekanntgeben möchten.

- ☐ Ich will am **Gewinnspiel** teilnehmen. Ich bin damit einverstanden, dass meine E-Mail-Adresse bis zur Ziehung der Gewinner gespeichert wird. Meine Angaben in dieser Befragung bleiben weiterhin anonym, meine E-Mail-Adresse wird nicht an Dritte weitergegeben.
- ☐ Ich würde auch künftig **an wissenschaftlichen Befragungen teilnehmen**. Das nicht-kommerzielle **SoSci Panel** darf zu diesem Zweck meine E-Mail-Adresse speichern und mich (max. 4-mal pro Jahr) per E-Mail zu einer wissenschaftlichen Befragung einladen.

Weiter

Universität Wien

Institut für Angewandte Psychologie

Liebiggasse 5, 1010 Wien

Caroline Hroch, 2012

Abbildung 21: Fragebogen Seite 18: Teilnahme am Gewinnspiel



Danke für Ihre Teilnahme!

Ich möchte mich ganz herzlich für Ihre Mithilfe bedanken.

Fenster schließen

Universität Wien

Institut für Angewandte Psychologie

Liebiggasse 5, 1010 Wien

Caroline Hroch, 2012

Abbildung 22: Fragebogen Seite 19: Verabschiedung

A.3 Lebenslauf

Name

Caroline Hroch

Geburtsdatum

30.09.1987

Kontakt

E-Mail: a0500405@unet.univie.ac.at



Ausbildung

AHS Matura am BRG Rosasgasse (06/2005)

Seit WS 2005: Diplomstudium Psychologie an der Universität Wien mit abgeschlossenem ersten Abschnitt. Diplomandin seit Juni 2012.

Seit WS 2010: Universitätslehrgang Psychotherapeutisches Propädeutikum.

Erfahrung

Praktikum im Krankenhaus Göttlicher Heiland in der Abteilung Klinische Psychotherapie, Psychologie und Psychosomatik zwischen 01.08. und 31.08.2008 im Ausmaß von 60 Stunden.

Praktikum im Otto Wagner Spital in der Psychiatrischen Tagesklinik (Pav. 19/3) zwischen 19.07. und 10.09.2010 im Ausmaß von 240 Stunden.

Praktikum im Psychosomatischen Zentrum Waldviertel auf Unit D – sekundäre Abhängigkeit zwischen 04.07. und 19.08.2011 im Ausmaß von 256 Stunden.

Sprachen

Englisch fließend in Wort und Schrift

Sonstige Ausbildung

Führerschein Klasse B