



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Arbeit

Genuss und Adipositas:

Über den Zusammenhang von Genuss, dabei
erlebten Schuldgefühlen, BMI und Essverhalten

Verfasserin

Christine Soukop

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im September 2009

Studienkennzahl:	298
Studienrichtung:	Psychologie
Betreuer:	Mag. Dr. Karin Waldherr

„Vielmehr ist es möglich, auch ohne zu genießen dick zu werden.“

Klotter, 1994, S. 271

Ich bedanke mich in erster Linie bei meiner Betreuerin Frau Mag. Dr. Karin Waldherr für ihre Wegweisung, Unterstützung und Geduld, sowie bei Frau Prof. Dr. Ulrike Willinger für ihre Einfälle.

Desweiteren bedanke ich mich bei Christian Pernot-Brouard für die technische Realisierung des Online-Fragebogens und bei meinen Eltern für das Korrekturlesen der Arbeit.

Nichtzuletzt gilt mein Dank allen Frauen und Männern, die meinen Fragebogen ausgefüllt haben und mir somit einen Einblick in ihr Genusserleben ermöglicht haben.

Abstrakt

Das Bild Übergewichtiger sowie Adipöser ist heute so negativ geprägt, dass die Betroffenen meistens Selbstzweifel und Schuldgefühle entwickeln. Die Lebensqualität, insbesondere das Genusserleben, wird somit neben physischen Komorbiditäten auch durch psychische Probleme beeinträchtigt.

Untersuchungen über den direkten Zusammenhang zwischen dem BMI-Wert und dem Genuss bzw. den genussähnlichen Konstrukten zeigten unterschiedliche Ergebnisse. Der Einfluss von Komorbiditäten wurde nicht immer in Betracht gezogen. 227 Personen (57 Männer und 170 Frauen aller Gewichtsklassen) nahmen an der vorliegenden Untersuchung teil und beantworteten einen Genuss- und einen Essverhaltensfragebogen. Bei den Männern zeigte sich ein negativer Zusammenhang zwischen BMI-Wert und allgemeiner Genussintensität, wobei das Essverhalten keinen Einfluss ausübt. Bei den Frauen jedoch korrelierte der BMI-Wert weder mit der allgemeinen Genussintensität noch mit dem Genuss beim Essen oder den Schuldgefühlen. Ausschlaggebender für den Genuss beim Essen und für die Schuldgefühle scheint bei ihnen das Essverhalten (bzw. das Diäthalten) zu sein. Frauen mit normalem Essverhalten zeigen einen mäßigen Genuss beim Essen sowie wenig Schuldgefühle. Bei den restriktiven Frauen ist der Genuss beim Essen auch mäßig jedoch mit stärkeren Schuldgefühlen verbunden. Frauen mit Essdrang zeigen starken Essensgenuss, der aber von starken Schuldgefühlen begleitet wird, was die Fressattacken erklären würde.

Inwiefern Genuss bezüglich dieser Thematik mit anderen genussähnlichen Konzepten in Zusammenhang steht, bleibt unklar, da letztere sich nur teilweise mit dem Begriff des Genusses überlappen und weder sie noch „Genuss“ einheitliche Definitionen vorweisen.

Schlagwörter: *Adipositas, BMI-Wert, Essverhalten, Genuss, Genuss beim Essen, Schuldgefühle.*

INHALTSVERZEICHNIS

EINLEITUNG.....	15
<u>THEORETISCHER TEIL.....</u>	<u>17</u>
1 ADIPOSITAS.	17
1.1 Eine Epidemie und ihre Merkmale.....	17
1.2 Ist Adipositas als Essstörung einzuordnen?.....	19
1.3 Genese der Adipositas.....	20
1.3.1 Biologische Ursachen.....	21
1.3.2 Soziale Einflüsse und Umweltfaktoren.....	22
1.3.3 Psychische Ursachen.....	23
1.3.4 Gibt es ein Persönlichkeitsprofil?.....	24
1.4 Lebensqualität bei Adipositas.....	25
1.4.1 Physisches Wohlbefinden.....	27
1.4.2 Psychisches Wohlbefinden und soziale Einflüsse.....	27
2 GENUSS.....	29
2.1 Definitionen und Bedeutung von Genuss.....	29
2.1.1 Defizite in der Definition.....	29
2.1.2 Lust und Genuss.....	30
2.1.3 Genuss ist bewusst.....	31
2.1.4 Genuss und Gesundheit.....	31
2.2 Wie genießt man?.....	32
2.2.1 Bilanzierungsmodell.....	32
2.2.2 Der ideale Genießer.....	34
2.2.3 Die Rolle der Eltern in der Entwicklung des Genusses.....	34
2.3 Störfaktoren des Genusses.....	35
2.3.1 Die Genussfeindlichkeit.....	35
2.3.2 Einfluss des sozialen Umfeldes.....	35
2.3.3 Schuldgefühle.....	36
2.3.4 Genussbarrieren.....	36
2.3.5 Angeborene Genussunfähigkeit?.....	37
2.3.6 Genuss und Sucht.....	38
2.3.7 Genuss und Erkrankungen.....	38

2.3.8 Die kleine Schule des Genießens.....	39
2.4 Genussfelder und Präferenzen.....	40
2.4.1 Genussfelder.....	40
2.4.2 Genussfeld Essen.....	40
2.4.3 Präferenzen.....	41
2.5 Genussähnliche Konstrukte.....	42
2.5.1 Eine Frage der Terminologie.....	42
2.5.2 Belohnungssensitivität.....	42
2.5.3 Hedonie versus Anhedonie.....	43
2.5.4 Wanting versus Liking.....	44
3 ZUSAMMENHANG ZWISCHEN ADIPOSITAS UND GENUSS.....	46
3.1 Zusammenhang zwischen Adipositas und genussnahen Konzepten.....	46
3.1.1 Belohnungssensitivität und Adipositas.....	47
3.1.1.1 BMI und STR korrelieren negativ miteinander.....	47
3.1.1.2 BMI und STR korrelieren positiv miteinander.....	48
3.1.1.3 BMI und STR haben einen kurvilinearen Zusammenhang.....	50
3.1.2 Motivationstheorien bezüglich Essen.....	52
3.1.2.1 Verstärkerwert des Essens.....	52
3.1.2.2 Wichtigkeit der Motivation.....	53
3.1.2.3 Rolle des „liking“.....	54
3.1.2.4 Rolle des „wanting“.....	54
3.1.2.5 Hedonic hunger.....	56
3.2 Einfluss von Komorbiditäten im Genuss-Adipositas-Zusammenhang.....	58
3.2.1 Einfluss von Essstörungen.....	58
3.2.1.1 Restriktives Essverhalten.....	59
3.2.1.2 Suchtartiges Verhalten.....	60
3.2.2 Einfluss von Depression.....	62
3.2.3 Einfluss von Angst und Stress.....	63
3.2.4 Einfluss von Schuldgefühlen und niedrigem Selbstwert.....	65
3.3 Genusstraining als Adipositas­therapie.....	67
4 ZUSAMMENFASSUNG UND ENTWICKLUNG DER FRAGESTELLUNGEN.....	68

THEORETISCHER TEIL.....	69
1 VORGEHENSWEISE DER UNTERSUCHUNG.....	69
2 VERWENDETE UNTERSUCHUNGSTRUMENTE.....	69
2.1 Genussfelder nach Bergler und Hoff.....	69
2.2 Fragebogen zum Ernährungsverhalten 2 (FEV II).....	72
2.3 Items zu Schuldgefühlen von Bergler und Hoff.....	73
2.4 Weitere Einzelfragen.....	74
3 DURCHFÜHRUNG DER UNTERSUCHUNG.....	74
4 BESCHREIBUNG DER STICHPROBE.....	75
4.1 Demographische Daten.....	75
4.2 Essverhaltensgruppen.....	78
5 FRAGESTELLUNGEN.....	80
6 STATISTISCHE AUSWERTUNG.....	81
6.1 Hypothesenprüfung.....	82
6.1.1 Unterschied zwischen Männern und Frauen.....	82
6.1.2 Einfluss einer derzeitigen Diät.....	86
6.1.3 Allgemeine Zusammenhänge zwischen BMI-Wert, Genuss, Genussbereichen und wahrgenommenen Schuldgefühlen.....	87
6.1.4 Zusammenhänge innerhalb der Essverhaltensgruppen zwischen BMI-Wert, Genuss, Genussbereichen und wahrgenommenen Schuldgefühlen.....	89
6.1.5 Unterschiede zwischen den Essverhaltensgruppen bezüglich Genuss, Genussbereiche, wahrgenommener Schuldgefühle und derzeitiger Diät.....	91
6.1.6 Unterschiede zwischen den BMI-Gruppen bezüglich Genuss, Genussbereiche, wahrgenommener Schuldgefühle.....	93
6.1.7 Unterschiede zwischen den Genussbereichen.....	95

7 ZUSAMMENFASSUNG UND INTERPRETATION DER ERGEBNISSE.....	109
7.1 Bei Frauen.....	109
7.2 Bei Männern.....	110
8 DISKUSSION.....	112
LITERATURVERZEICHNIS.....	117
ANHANG.....	126
Fragebogen.....	126
Curriculum Vitae.....	132

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: BMI-Klassifikation und Risikobewertung bei Erwachsenen.....	18
Tabelle 2: Mit Adipositas assoziierte Einschränkung der Lebensqualität bei Erwachsenen und Kindern.....	26
Tabelle 3: restliche Items, die nicht in sinnvolle Faktoren eingegliedert werden konnten.....	72
Tabelle 4: Verteilung der demographischen Daten nach BMI-Gruppe.....	76
Tabelle 5: Verteilung der Essverhaltensgruppen nach BMI-Gruppe.....	79
Tabelle 6: Signifikanz der allgemeinen Unterschiede zwischen Männern und Frauen bezüglich allgemeiner Genussintensität, Genussintensität diverser Genussbereiche und wahrgenommener Schuldgefühle beim Genießen.....	82
Tabelle 7: Signifikanz pro BMI-Gruppe der Unterschiede zwischen Männern und Frauen bezüglich allgemeiner Genussintensität, Genussintensität diverser Genussbereiche und wahrgenommener Schuldgefühle beim Genießen....	83
Tabelle 8: Signifikanz pro Essverhaltensgruppe der Unterschiede zwischen Männern und Frauen bezüglich allgemeiner Genussintensität, Genussintensität diverser Genussbereiche und wahrgenommener Schuldgefühle beim Genießen.....	85
Tabelle 9: allgemeine Signifikanz der Unterschiede zwischen Personen die gerade dabei sind ihr Gewicht zu reduzieren, und jene die es nicht bezüglich allgemeiner Genussintensität, Genussintensität diverser Genussbereiche und wahrgenommener Schuldgefühle beim Genießen bei Männern und Frauen.....	86
Tabelle 10: Allgemeine Signifikanz der Korrelationen zwischen verschiedenen Variablen.....	87
Tabelle 11: Signifikanz der Korrelationen zwischen verschiedenen Variablen pro Essverhaltensgruppe.....	89
Tabelle 12: Signifikante Unterschiede zwischen den Essverhaltensgruppen bezüglich allgemeiner Genussintensität, Genussintensität diverser Genussbereiche, wahrgenommener Schuldgefühle beim Genießen und derzeitigen Diät bei Männern und Frauen.....	91

Tabelle 13: Signifikante Unterschiede zwischen den BMI-Gruppen bezüglich allgemeiner Genussintensität, Genussintensität diverser Genussbereiche und wahrgenommener Schuldgefühle beim Genießen bei Männern und Frauen.....	93
---	----

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Strukturmodell der Genussfähigkeit mit standardisierten Pfeilgewichten.....	33
Abbildung 2: Quadratische Regression des Zusammenhangs zwischen STR und BMI für eine hypothetische Gleichverteilung von Männern und Frauen.....	51
Abbildung 3: Vereinfachte schematische Darstellung der kombinierten Einflüsse vom „Liking“ (pleasure), dem inneren Zustand und den externen Stimuli in der Aneignung und Aktivierung der Lust (desire) auf Nahrung in alltäglichen Situationen.....	55
Abbildung 4: Boxplot der Genussbereiche.....	96
Abbildung 5: Boxplot der Genussbereiche der Gruppe „Normales Essverhalten“.....	97
Abbildung 6: Boxplot der Genussbereiche der Gruppe „Restriktives Essverhalten“...	99
Abbildung 7: Boxplot der Genussbereiche der Gruppe „Essdrang“	100
Abbildung 8: Boxplot der Genussbereiche der Gruppe „Nicht näher bezeichnetes Essverhalten“.....	101
Abbildung 9: Boxplot der Genussbereiche bei Frauen mit Untergewicht.....	103
Abbildung 10: Boxplot der Genussbereiche bei der Gruppe „Normalgewichtig“.....	104
Abbildung 11: Boxplot der Genussbereiche bei der Gruppe „Übergewichtig“.....	105
Abbildung 12: Boxplot der Genussbereiche bei der Gruppe „Adipös“	106
Abbildung 13: Boxplot der Genussbereiche bei der Gruppe „stark Adipös“	108

EINLEITUNG

Seitdem die WHO im Jahr 1998 und wiederum im Jahr 2000 das Übergewicht als eine der verbreitetsten und gefährlichsten Seuchen der Gegenwart bezeichnet hat, ist weltweit der Kampf gegen dieses Problem angesagt worden. Es wurde dabei sowohl an die Verantwortung des Individuums als auch an die Regierungen appelliert, damit sie ihre Gesundheitswirtschaft und Finanzressorts gegen diese „Seuche“ einsetzen.

Viele Maßnahmen sind endlich getroffen worden. Die Ergebnisse erweisen sich aber enttäuschender als erwartet, da das Problem einen multifaktoriellen Charakter besitzt. Seit den letzten Jahren hört man auch vermehrt vom „Versagen der Diäten“.

Im psychischen Bereich der Adipositas-Therapie wird immer mehr auf den Genuss als wesentliches Mittel im Kampf gegen Übergewicht gesetzt.

Während meines Praktikums an der Psychiatrischen Abteilung für Erwachsene eines französischen Krankenhauses ergab sich ein für mich interessantes Gespräch mit einer Krankenschwester. Sie erzählte mir, dass sie eine Zusatzausbildung im Bereich Adipositas-therapie bei der Therapeutengruppe GROS (Groupe de Reflexion sur l'Obésité et le Surpoids) um Apfeldorfer absolvierte, bei dem sie derzeit lernten, dass Adipöse ihre Geschmacksnerven neu kennenlernen sollen, damit sich ihre Genusserlebnisse wieder entwickeln können.

Dies warf für mich einige Fragen über den Zusammenhang zwischen Gewicht und Genuss auf. Ist es so, dass Übergewichtige im allgemeinen weniger genießen? Oder genießen sie vielleicht nur das Essen, aber nicht die anderen genussvollen Aktivitäten? Essen sie vielleicht deshalb mehr, weil es ihre einzige Quelle für positives Empfinden darstellt? Könnte Essen möglicherweise eine Ersatzfunktion übernehmen? Entsteht vielleicht daraus auch die Esssucht?

Dies sind Fragen, die ich versucht habe, anhand dieser Arbeit zu beantworten.

In einem ersten Teil wird auf die diversen Faktoren, welche Adipositas begünstigen, eingegangen, sowie ein Einblick in die Lebensqualität von übergewichtigen und adipösen Menschen gegeben. Dann wird das Konstrukt „Genuss“ genauer analysiert, beziehungsweise welche Faktoren den Genuss fördern, und welche ihn verhindern. Schlussendlich wird im dritten Teil versucht, den

Zusammenhang zwischen dem Übergewicht und dem erlebten Genuss zu durchleuchten.

In der empirischen Untersuchung soll in diesem Zusammenhang der Einfluss eines möglichen gestörten Essverhaltens sowie das erlebte schlechte Gewissen erforscht werden. Es wird erwartet, dass beide unabhängig vom Gewicht das Genusserlebnis stören.

Ein Augenmerk wird auch auf den Essensbereich im Gegensatz zu anderen Genussquellen gelegt, weil angenommen wird, dass dieser Bereich womöglich der stärkste und vielleicht auch einzige ist, welchen Adipöse genießen.

Ziel ist nicht nur, das Genusstraining in der Therapie gegen Adipositas, welches schon öfters angeboten wird, zu unterstützen, sondern auch die Gesellschaft für diese Problematik zu sensibilisieren, um die Stigmatisierung von Übergewichtigen zu durchbrechen und ihnen somit ein angenehmeres Lebensgefühl ohne schlechtes Gewissen zu ermöglichen. Sich dem Genuss beim Essen hinzugeben ist auch bei Übergewicht erlaubt.

THEORETISCHER TEIL

1 ADIPOSITAS

1.1 Eine Epidemie und ihre Merkmale

Übergewicht und Adipositas werden von der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2000b) als „globale Epidemie“ bezeichnet. Sie verweist auf die Dringlichkeit der Bekämpfung und der Prävention dieses Übels. Es wird geschätzt, dass heute weltweit circa eine Milliarde Menschen an Übergewicht und über 300 Millionen an Adipositas leiden. In Österreich kann man approximativ sagen, dass die Hälfte der Männer und ein Drittel der Frauen übergewichtig sind. Ohne geschlechtsspezifische Trennung wäre circa jeder zehnte Österreicher übergewichtig (Rathmanner et al., 2006).

Übergewicht und Adipositas werden oft im Volksmund gleichgesetzt, weil bei beiden ein übermäßiger Fettanteil im Körper vorzufinden ist. Jedoch ist der Fettanteil bei Übergewichtigen niedriger oder viel niedriger als bei Adipösen. Zwischen beiden sind die Grenzen aber fließend. Allgemein wird angenommen, dass ein höherer Fettanteil mit einer Erhöhung des Körpergewichts einhergeht, und dass ein hoher Körperfettanteil ein Risiko für verschiedene Krankheiten bedeutet. Demnach wurde immer wieder versucht, einen Wert zu errechnen, der Übergewicht und Adipositas messen kann.

Einige Verfahren haben versucht, diese Werte durch ein Verhältnis von Körpergröße zu Körpergewicht zu erstellen. Hierzu gehört z. B. der Broca-Index (BI), bei welchem durch folgende Formel das Normalgewicht errechnet wird:

$$\text{Normalgewicht (in kg)} = \text{Körpergröße (in cm)} - 100$$

Als übergewichtig gilt, wenn das Normalgewicht um 20% überschritten wird (Pudel & Westenhöfer, 1998). Heute wird aber meistens ein anderes Klassifikationssystem herangezogen, welches auch das Verhältnis zwischen Körpergewicht und Körpergröße als Basis heranzieht. Es handelt sich um den international anerkannten Body Mass Index (BMI), der sich folgendermaßen errechnet:

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

Die BMI-Werte werden von der WHO folgenderweise unterteilt:

Tabelle 1: BMI-Klassifikation und Risikobewertung bei Erwachsenen (WHO, 2003, übernommen von Rathmanner et al., 2006, S. 39)

Klassifikation	BMI (kg/m ²)	Risiko für Begleiterkrankung
Untergewicht	< 18,5	niedrig
Normalgewicht	18,5 - 24,9	durchschnittlich
Übergewicht:	> 25	-
„Prä-Adipositas“	25 – 29,9	gering erhöht
Adipositas Grad I	30 – 34,9	erhöht
Adipositas Grad II	35 – 39,9	hoch
Adipositas Grad III	> 40	sehr hoch

Laut dieser Klassifikation gilt ein Wert ab 25 als Übergewicht und ein Wert ab 30 als Adipositas. Bei anderen Klassifikationsversuchen, in denen nach Geschlecht oder Alter differenziert wird, verschieben sich diese Werte ein wenig. Hinzu kommt, dass das Muskelgewebe, die Knochendichte und das Fettgewebe nicht miteinbezogen werden, was die Bezeichnung „adipös“ oder „normalgewichtig“ verfälschen kann. So würde zum Beispiel ein Bodybuilder mit einem BMI von über 30 fälschlich als adipös eingestuft werden, oder eine junge Frau mit wenig Muskelmasse und viel Fettgewebe als unauffällig gelten, da sie in der normalgewichtigen Gruppe eingestuft wäre.

Deswegen wurden viele Methoden erstellt, die sich u. a. auf den Körperfettanteil konzentrieren (Magnetresonanztomographie, Bioimpedanzanalyse, Unterwasserwägung bis zur Dual Energy X-Ray Methode, siehe dazu Rathmanner et al., 2006). Diese Verfahren sind aber heute meistens zu umständlich und zu teuer für einen allgemeinen Gebrauch als Indikator für Behandlungsbedürftigkeit.

Zusätzlich wird noch die Fettverteilung unter die Lupe genommen: es wird zwischen der „androiden Form“, wo sich das Fett vorwiegend in der Bauchregion ansammelt (sogenannter „Apfeltyp“) und der „gynoiden Form“, wo bei Hüften und Oberschenkel am meisten Fett zu finden ist (sogenannter „Birnentyp“) unterschieden. Die WHO (2000b) warnt vor allem vor dem „androiden Typ“, weil dieser besonders mit Stoffwechselstörungen und kardiovaskulären Komplikationen korreliert. Diese Fettverteilung wird anhand des „Waist to Hip Ratio“ gemessen, welches das Verhältnis von Taillen- und Hüftumfang ausdrückt.

Bei all diesen Verfahren wird aber nicht genügend auf das individuelle „Wohlfühlgewicht“ des Einzelnen eingegangen. Bei gleichem Gewicht oder ähnlicher Fettverteilung haben zwei Menschen nicht notwendigerweise die gleiche Krankheitsidentität. Uneinigkeit herrscht innerhalb der Forschung, wann Behandlungsbedürftigkeit besteht (Stahr, Barb-Priebe & Schulz, 1995).

1.2 Ist Adipositas als Essstörung einzuordnen?

Ärzte warnen, dass mit erhöhtem Körpergewicht das Risiko für diverse körperliche Beschwerden steigt. Es ist hier die Rede von Diabetes Mellitus, Schlaganfall, Herz-Kreislaufproblemen usw., was jedoch in den letzten Jahren von manchen Studien relativiert wurde. (Rathmanner et al., 2006 gehen genauer auf diese Punkte ein).

Im ICD-10 („International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“, 10. Revision) findet man Adipositas im Kapitel „E“ („Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten“) unter den Codes E-65 und E-66. Wie steht es jedoch mit dem psychischen Krankheitsaspekt der Adipositas? Im DSM-IV („Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“, 4. Auflage) wird Adipositas nicht erwähnt und im ICD-10 nur als körperliche Krankheit verzeichnet.

Personen mit Übergewicht und auch Normalgewichtige haben mindestens ein Mal eine Diät gemacht. Kinzl (2006) spricht von einem „kollektiven Diätverhalten“. Er meint: „[Auch] wenn nicht jede Diät zu einem essgestörten Verhalten führt, beginnt fast jede Essstörung mit einer Diät“. Er unterscheidet sechs Formen von Essstörungen, die durch vermehrte Essenseinnahme oder durch Essattacken gekennzeichnet sind:

- Bulimia nervosa: sie ist charakterisiert durch wiederholte Episoden von Essanfällen mit gleichzeitigem Kontrollverlust über das Essverhalten. Die Personen zeigen nachträgliches kompensatorisches Verhalten (z.B. Erbrechen, Einnahme von Abführmitteln).
- Overeating (chronisches Überessen): es wird chronisch zu viel gegessen aber ohne Kontrollverlust. Die Personen essen gern und viel, weil es ihnen schmeckt.

- Night-Eating-Syndrom: es ist gekennzeichnet durch nächtliches Überessen, Appetitminderung bei Tag, Nervosität und Schlaflosigkeit. Es wird oft durch Stress ausgelöst.
- Craving (Essgier): hier zeigt sich ein unbändiges Verlangen nach bestimmten Speisen, verbunden mit affektiver Labilität, Depressivität und Reizbarkeit.
- Störung des Sättigungsgefühls: es werden konstant gleich große Nahrungsmengen bis zur Beendigung der Mahlzeiten aufgenommen. Wahrscheinlich kommt es vor allem bei Personen vor, die häufig Diät gehalten haben.
- Binge-Eating-Störung (BED) oder Rauschessen: laut DSM-IV finden hier wie bei Bulimia Nervosa Essattacken mit Kontrollverlust statt, jedoch ohne kompensatorisches Verhalten. Hinzu kommt ein deutlich schnelleres Essen und eine sehr große Menge an Nahrung, bis man sich unangenehm voll fühlt, ohne körperlich hungrig zu sein. Häufig folgen Ekel, Scham, Selbstvorwürfe und depressive Verstimmung. Deswegen wird oft aus Schamgefühl allein gegessen. Im ICD-10 wird BED noch nicht als eine eigenständige Störung angeführt. Personen mit BED weisen laut Hebebrand et al. (2004) eine hohe Komorbidität mit affektiven Störungen auf. Es seien ca. 5 - 10% der Adipösen betroffen (Hebebrand et al., S. A2469)

Die Abgrenzung zwischen den verschiedenen Essverhalten ist manchmal schwer definierbar, weil die Übergänge der verschiedenen Ausprägungen fließend sind. Da die Adipositas mit einer solchen Essstörung verbunden sein kann, es aber nicht zwingend ist, wird sie in den Krankheitsklassifikationen nicht als psychische Krankheit angegeben.

1.3 Genese der Adipositas

In der Entwicklung einer Adipositas spielen Faktoren eine Rolle, die auch einen Einfluss auf das Genusserleben des Betroffenen haben. Dementsprechend scheint ein Überblick über die Genese von Adipositas von Interesse zu sein. Auf alle medizinischen und biologischen Faktoren einzugehen, die hier eine Rolle spielen,

würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen; jedoch sind sie aus bestimmten Gründen erwähnenswert. So meinen Hebebrand et al. (2004): „Die genetischen Erkenntnisse bieten hier die Möglichkeit, durch Aufklärung der Betroffenen als auch der Gesellschaft das Ursachenmodell für Adipositas zu verändern und damit negative Konsequenzen für die Betroffenen zu reduzieren“.

Dementsprechend meint die WHO (2000b), dass für die Adipositas nicht nur ein Faktor verantwortlich ist, sondern eher das Zusammenspiel mehrerer Ursachen. Auch Rathmanner et al. (2006) sind der Meinung, dass „die Entstehung der Adipositas [...] ein multifaktorieller Prozess“ ist (S. 16). Unter keinem Vorwand kann heute Übergewicht als reiner „Mangel an Wille“ betrachtet werden.

1.3.1 Biologische Ursachen

Seltene Krankheiten können eine Adipositas mit sich bringen, zum Beispiel das Prader-Willy-Syndrom. (Für detaillierte Angaben siehe Rathmanner et al., S. 96.) Auch wurde dem Schnupfenvirus Adenovirus 36 ein Einfluss auf die Gewichtszunahme zugesprochen (Atkinson et al., 2005). Zusätzlich kann die Einnahme bestimmter Medikamente ein Übergewicht begünstigen, vor allem wenn sie auf lange Dauer eingenommen werden (z. B. Insulinpräparate, Antihistaminika und auch manche Antidepressiva, Neuroleptika, Lithiumpräparate).

In der Genetikforschung wurde öfters ein Einfluss der Gene auf das Gewicht bestätigt, was Familienstudien auch zeigen. Hierzu meint Lechleitner (2006): „Insgesamt wird der Anteil der Vererbung der herkömmlichen Adipositas auf 30 bis 70% geschätzt“ (S. 98). Weltweit wurden mit dem allgemeinen Fortschritt der Genetik während der letzten Jahre immer mehr Gene beschrieben, die eine Beziehung zur Adipositas aufweisen, und auch Mutationen erfahren. Pérusse et al. (2005) haben die „Human obesity gene map“ dementsprechend erstellt und vervollständigen sie laufend.

Der Stoffwechsel spielt auch eine wesentliche Rolle bei der Gewichtsregulation. Nyström und seine Kollegen (zitiert nach Focus Online, 2007b) konnten zeigen, dass nach einigen Wochen täglicher Zufuhr von 6000 Kilokalorien durch Fastfood ohne körperliche Betätigung 18 gesunde Teilnehmer im Durchschnitt um 10% ihres Körpergewichts zunahmen. „Interessanterweise stoppte die Gewichtszunahme aber bei drei der jungen Männer komplett, nachdem sie ein paar Kilo zugenommen hatten“ (Focus Online, 2007a). Die überschüssigen Kalorien wurden bei ihnen nicht in Fett umgesetzt, sondern in Wärme. Die Forscher nehmen an, dass diese Personen einen

Schutzmechanismus gegen Übergewicht hatten. „Die Studenten, die nicht weiter zunahmen, hatten einen um 30 Prozent erhöhten Metabolismus“ (Nyström zitiert nach Focus Online). Jeder habe diesen Schutzmechanismus, jedoch sei er unterschiedlich ausgeprägt.

Außerdem gibt es laut Lowe und Kral (2006) Personen, die aufgrund eines niedrigen Leptin- und eines zu hohen Cortisolniveaus, hochsensibel für Essreize sind und eben leichter zunehmen.

Unter den verschiedenen Theorien der Gehirnforschung sticht eine heraus, welche u. a. psychologische Faktoren einbezieht, und die als „selfish brain theory“ bekannt wurde (Peters, 2004). Peters meint, vereinfacht gesagt, dass das Gehirn, welches seine Energie normalerweise vom Körper holt, neben anderen Faktoren von einem lange andauernden Stress gestört werden kann. In diesem Fall findet ein „Allokationsversagen“ statt, welches dazu führt, dass die Energie nicht mehr vom Körper, sondern von außen durch Nahrung geholt wird. Für ihn ist dies ein wichtiger Punkt in der Entstehung einer Adipositas: „Wenn das Gehirn nur unzureichend Energie aus der Körperperipherie anfordern kann, so kompensiert es diese Unterversorgung mit einer gesteigerten Nahrungsaufnahme, und überlässt somit dem Körper einen Überschuss: langfristig entsteht Adipositas.“ Stress erweist sich also als ein wichtiger Faktor bei der Entstehung von Adipositas.

1.3.2 Soziale Einflüsse und Umweltfaktoren

Die WHO (2000b) spricht von einem „New World Syndrom“, welches für die weltweite Modernisierung und Urbanisierung in den letzten Jahren charakteristisch ist. Zahlreiche soziokulturelle Faktoren können zur Entstehung des Übergewichts beitragen. Zum Beispiel kann das Aufwachsen in einer unteren sozialen Schicht ein Risiko bedeuten, da hier laut Kinzl (2006, S. 150) nur „ein geringes Gesundheitsbewusstsein“ vorhanden ist. In Österreich sind zum Beispiel die meisten übergewichtigen Mädchen unter den Lehrlingen zu finden (Rathmanner et al., 2006).

Der heutige Überschuss an Nahrung ist logischerweise einer der Hauptgründe für das Überessen. Der Trend zum „all you can eat buffet“ und zu immer größeren Portionen verführt dazu, über das Sättigungsgefühl zu essen. Auch verleiten große Packungen, ohne dass die Speise besonders schmackhaft erscheint, trotzdem über den Hunger zu essen (Wansink & Kim, 2005).

Natürlich spielt in diesem Zusammenhang der Einfluss der Werbung eine große Rolle. Noch zu selten sind die Werbungen für gesunde Nahrungsmittel im Alltag präsent. Mela (2006, S. 16) wünscht sich mehr Verantwortung bei den Werbemachern: „Marketers must increasingly take responsibility to ensure that they are not unduly adding to the environmental stimulation to eat inappropriately“. Abelson & Kennedy (2004) schlagen sogar vor, ein Ministerium für Diätberatung und -forschung zu gründen, bei welchem die Interessen der Verbraucher und nicht die der Lebensmittelindustrie vertreten wären.

Im Focus Online (2007b) wird angesprochen, dass EU-weit Experten darüber diskutieren, zumindest jene Werbung zu verbieten, die an Kinder gerichtet ist und für ungesunde Nahrungsmittel und Getränke wirbt. In Großbritannien seien seit Anfang 2007 die Nahrungsmittelspons im Rahmen von Kinderprogrammen verboten. Die WHO fordert die Politik auch auf, Werbung für fette und zuckerhaltige Nahrungsmittel einzuschränken.

1.3.3 Psychische Ursachen

Das Modell der Eltern spielt eine wesentliche Rolle in der Genese des Übergewichts. „Lernerfahrungen, spezifische Verhaltensweisen und Regelungen können langfristig eine Störung der Regulation von Hunger und Sättigung begünstigen, z. B. Nahrung als Belohnung oder der Wert der Außenreize“ (Pudel & Westenhöfer, 1998). Bruch erstellte schon 1973 ein Adipositas förderndes Familienprofil. In solchen Familien wird viel Wert auf die scheinbare Harmonie gelegt. Konflikte scheinen undenkbar, Manipulation wird ausgeübt, und es fehlt zumindest bei einem Elternteil an Empathie.

Durch das Aufwachsen in der Familie werden Gewohnheiten angenommen, die später oft schwer zu verändern sind. „Veränderungen lösen bei den meisten Menschen Unruhe, Verunsicherung, Angst usw. aus, weil die Aufgabe von vertrauten Gewohnheiten das Gefühl eines Verlustes bewirkt“ (Kinzl, 2006, S. 145). Der Forscher fügt hinzu, dass Adipöse daher zwischen zwei Übeln stehen: dem „Übel der Fettleibigkeit“ und dem „Übel der Veränderung“.

Zu den psychologischen Ursachen von Adipositas werden auch traumatische Erfahrungen als Risikofaktor gezählt. Zum Beispiel zeigen Grilo et al. (2005), dass stark Adipöse und Personen mit einer Binge-Eating-Störung häufiger von einem sexuellen Missbrauch berichten als die Normalgewichtigen.

1.3.4 Gibt es ein Persönlichkeitsprofil?

Die meisten Forscher haben kein Persönlichkeitsprofil gefunden, welches Adipositas zufriedenstellend vorhersagt. Pudel und Westenhöfer (1998) zitieren verschiedene Studien, die jeweils „keine Beziehung zwischen dem relativen Gewicht und bestimmten Persönlichkeitsfaktoren nachweisen“ konnten (S. 137). Auch schreiben Hebebrand et al. (2004): „die Ursachenforschung [hat] die Wertigkeit psychischer und psychodynamischer Faktoren für das Zustandekommen von Adipositas im Verlauf der letzten Jahrzehnte stark relativiert“ (S. A2469).

Frühere psychoanalytische Ansätze, denen zwar die wissenschaftliche Fundierung fehlt, weisen trotzdem interessante Anhaltspunkte für die Entwicklung von Genusserlebnissen auf. Adipositas wird in diesem Bereich als Symptom einer Störung in der oralen Phase betrachtet. Ausgehend von seiner Triebtheorie beschreibt Freud (1943, zitiert nach Bergler und Hoff, 2002) zwei Profile von „oralen Persönlichkeiten“, die auf verschiedene Essverhalten hinweisen, welche in Zusammenhang mit Adipositas gebracht werden können: der „oral rezeptive“ sei passiv, hilflos, beeinflussbar und habe Angst vor Zurückweisung. Der „oral aggressive“ sei feindselig, angeberisch, und zeige abhängiges Verhalten. Bei beiden Persönlichkeiten wird Spannung durch orale Aktivität (also durch Essen und Trinken) gelöst.

Apfeldorfer, der derzeit in Frankreich führende Spezialist für Übergewicht, hat 1995 den „hyperempathischen Zustand“ als Adipositasrisiko erkannt (S. 98). Damit wird nicht die Empathie an sich gemeint, welche positiv besetzt ist, sondern ein Empathieüberschuss, der zu Abhängigkeits-, Selbstwert- und Identitätsproblemen führen kann.

Faith, Flint, Fairburn, Goodwin und Allison (2001) untersuchten Eysencks Persönlichkeitstheorie anhand des Eysenck Personality Inventory (mit den Skalen Psychotizismus, Neurotizismus und Extraversion) an Personen in Zusammenhang mit dem BMI und dem Geschlecht. Es zeigte sich, dass adipöse Männer Psychotizismus (im Sinne von Egozentrik, Aggressivität, Unpersönlichkeit, Kreativität und Gefühlskälte) und eine höhere Extraversion (Soziabilität, Aktivität, Lebendigkeit, Abenteuerlust und Sensationssuche) aufwiesen, während bei Frauen mit einem hohen BMI eine schwache Extraversion und ein hoher Neurotizismus (dazu gehören Angst, Schuldgefühle, Depressivität und ein schwaches Selbstvertrauen) festgestellt wurden.

Hetherington (2007) sowie auch andere Forscher kennzeichnen auch Impulsivität und Belohnungssensitivität (mehr dazu im Kapitel 2.5.2) als Persönlichkeitsmerkmale, die zu übermäßigem Essen verleiten. Die WHO bestätigte im Jahre 2000 die Existenz einer individuellen Vulnerabilität als wichtigen Faktor in der Genese von Adipositas. Hetherington (2007) fand heraus, dass manche Individuen gegenüber Umweltreizen, welche zum Überessen führen, resistenter sind. Leider ist noch nicht geklärt, wie diese Resistenz zustande kommt.

1.4 Lebensqualität bei Adipositas

Um die Rolle des Genusses bei Personen mit Übergewicht zu verstehen, ist es notwendig, ihre Lebensqualität unter verschiedenen Aspekten zu betrachten.

Padilla (1992, zitiert nach Bergler & Hoff, 2002) bezeichnet sie als „ein multidimensionales Konstrukt, das durch vier gesundheitsbezogene Dimensionen bestimmt wird: psychisches und physisches Wohlbefinden, An- oder Abwesenheit von Krankheitssymptomen und Ernährungsgestaltung“ (S. 117).

Dementsprechend bedauern Hebebrand et al. (2004), dass „der Aspekt Lebensqualität bei Adipositas jahrzehntelang missachtet wurde, während dieser bei anderen chronischen Störungen Objekt von viel Forschungsarbeit war“ (S. A2470). Mit Recht meinen sie: „Adipositas geht in vielen Fällen mit einer substantiellen Beeinträchtigung der Lebensqualität einher“.

Hinzu kommt, dass subjektiv gesehen alle Beeinträchtigungen nicht immer als gleich schlimm empfunden werden. Filipp und Ferring (2001) erklären, dass jeder seine Lebensqualität danach misst, wie groß die Diskrepanz zwischen dem „Ist-Wert“ (seine aktuellen Lebensbedingungen) und dem „Soll-Wert“ (seine Vorstellung eines besseren Lebens) ist.

Die WHO (2000b) wünscht sich, dass Untersuchungen die breiten sozialen Faktoren und Probleme der Lebensqualität, die in Zusammenhang mit Gewichtszunahme stehen, analysieren sollen: „assessments should include an analysis of the broader social and quality of life issues relating excess weight gain“ (S. 245).

Schwimmer, Burwinkle und Varni (2003) fanden heraus, dass die Lebensqualität adipöser Kinder auf dem selben Niveau wie jenes krebskranker Kinder steht. Stunkard und Wadden (1992) zeigten, dass nach einer Gewichtsreduktion oder einem chirurgischen Eingriff die Lebensqualität allgemein verbessert wurde. Es könnte

somit angenommen werden, dass die Adipositas an sich das Wohlbefinden kausal beeinflusst. Auch die Austrian Obesity Academy (2008) ist der Meinung, dass man nicht eindeutig nachweisen kann, „dass schlechte Lebensqualität eine weitere Ursache für Adipositas darstellt, vielmehr gibt es Längsschnittstudien, die zeigen, dass es umgekehrt ist“ (S. 8).

Doll, Petersen und Steward-Brown (2000) sehen hier noch eine andere Möglichkeit als Ursache, weil sie in ihren Forschungen erkannten, dass das Niveau der subjektiven Lebensqualität eher von den Komorbiditäten als von der Adipositas per se abhängen würde. “The limitations in emotional well-being that are reported here and in other studies may be a result of confounding by the presence of accompanying chronic illness“ (S. 160).

Tabelle 2 gibt einen Überblick über die verschiedenen möglichen Einschränkungen der Lebensqualität, mit welchen Adipöse zu kämpfen haben. Auf einige Punkte wird nun genauer eingegangen.

Tabelle 2: Mit Adipositas assoziierte Einschränkung der Lebensqualität bei Erwachsenen und Kindern (Rathmann et al., 2006, S. 170)

• reduzierte gesundheitsbezogene Lebensqualität
• körperliche Funktionen
o Komorbidität
o reduzierte Vitalität
o Schmerzen
o Einschränkungen der Mobilität
• seelische Funktionen
o Depressionen
o Angst
o Essstörungen und gestörtes Essverhalten (Binge Eating Disorder, Night-Eating-Syndrom, Overeating, Craving, Störungen des Sättigungsgefühls)
• soziale Funktionen
o psychosozialer Leidensdruck
o vermindertes Selbstwertgefühl
o sexuelle Unzufriedenheit
o public distress
o Stigmatisierung am Arbeitsplatz/ in der Schule
o höhere Kündigungsraten

1.4.1 Physisches Wohlbefinden

Generell wurde erwiesen, dass Personen mit starkem Übergewicht eine Reihe von physischen Beeinträchtigungen erfahren. Zu ihnen zählen viele orthopädische Beschwerden, Diabetes usw. Rathmanner et al. (2006) geben einen guten Überblick über diese verschiedenen Krankheiten.

Neuerdings zeigte sich in mehreren Studien (zum Beispiel in der University of Michigan), dass die Hälfte aller Übergewichtigen nahezu normale Blutdruck- und Blutfettwerte haben; bei Normalgewichtigen waren es $\frac{3}{4}$ (Spiegel Online, 2008). Der BMI allein sei möglicherweise zu ungenau für eine Risikoabschätzung. Das Alter, die Bewegung, der Lebensstil sollen höchst wahrscheinlich eine im Vergleich größere Rolle bei der Beeinträchtigung der Lebensqualität spielen.

1.4.2 Psychisches Wohlbefinden und soziale Einflüsse

Natürlich kann auch das psychische Wohlbefinden der Adipösen beeinträchtigt werden. Für Hebebrand et al. (2004) betrifft diese Beeinträchtigung nicht nur die „Reduktion des Aktionsradius, Rückzug aus sozialen Aktivitäten oder Beeinträchtigungen bei der Sexualität, sondern auch Aspekte der emotionalen Bewältigung“ (S. A2470). Es zeigte sich in ihrer Arbeit, dass eine hohe Komorbidität mit affektiven Störungen vorliegt. Dieses Ergebnis ist aber mit Vorsicht zu genießen, da die Testpersonen in einer Arztpraxis befragt wurden, die sie wegen des Leidensdrucks aufgrund der Adipositas besucht hatten.

Kommentare aus der Gesellschaft über ihre Leibesfülle werden auch individuell stark als Kränkung empfunden. Nur zu oft wird vor allem in westlichen Industrieländern Übergewicht mit Trägheit, Unattraktivität und mangelnder Willensstärke gleichgesetzt (Wirth, 1998). In einer Umfrage bei Studenten untersuchten Hilbert, Rief und Braehler (2008) die Stigmatisierung von Adipösen. Sie fanden heraus, dass es ein hohes Maß an latenter Stigmatisierung unter den Studenten gibt. Fast ein Viertel der Befragten zeigten eindeutig stigmatisierende Einstellungen. Nur knapp über 20% von ihnen lehnten eine negative Beurteilung der Übergewichtigen ab, und 55% waren unentschieden (Hilbert et al., 2008).

Unter Jugendlichen sind Hänseleien besonders folgeschwer. Eisenberg, Neumark-Sztainer und Story (2003) befragten über 4000 Jugendliche in Minneapolis

bezüglich Hänseleien. Jenseits jeglicher ethnischer Gruppen und Gewichtsklassen konnte eine Korrelation zwischen den Hänseleien und einem geringen Selbstwert, verbunden mit depressiven Symptomen und Suizidgedanken gefunden werden. Die stärkste negative Korrelation zeigte sich, wenn die Stigmatisierung sowohl von der Familie als auch von den „Peers“ kommt.

Muennig, Lubetkin, Jia und Franks (2007) fanden heraus, dass junge übergewichtige Frauen mehr Ängste und depressive Zustände hatten als die durchschnittliche Frau über 45 Jahren, wobei die Figur und nicht der reale BMI eine Rolle bei der Lebensqualität spielte. Wie schon Doll et al. (2000) andeuteten (siehe weiter oben), sind Muennig et al. der Ansicht, dass Pathologien nicht von der Adipositas sondern vom psychologischen Stress kommen, der mit dem sozialen Stigma einhergeht. Die Austrian Obesity Academy (2008, S. 8) meint auch, dass die „Verschlechterung der Lebensqualität, Depressionen, Ängste [...] primär eine Folge der Diskriminierung adipöser Menschen in unserer Kultur“ sind.

Gortmaker, Must, Perrin, Sobol und Dietz (1993) belegen in ihrer Untersuchung die soziale Benachteiligung adipöser Personen. Sie hätten zum Beispiel Schwierigkeiten eine Anstellung zu finden und bei gleicher Qualifikation wie Normalgewichtige weniger Chancen in eine attraktive berufliche Stellung aufzusteigen. Laut Toplak (2002) gebührt Adipösen jenes Verständnis für die persönliche Situation, welches auch Menschen mit anderen Erkrankungen entgegengebracht wird.

Hebebrand et al. (2004) bedauern, dass eine solche Stigmatisierung auch unter den Ärzten und im medizinischen Personal zu finden ist. 78% der Adipösen berichteten 1990, dass sie von Medizinern mit wenig Respekt behandelt wurden. Diese Tatsache erkläre zum Teil, wieso Adipöse nur selten und mit Widerwillen einen Arzt aufsuchen. Zusammenfassend sind Stunkard und Sobal (zitiert nach Hill, 2004) der Meinung, dass nicht die Adipositas die psychische Belastung schafft, sondern das, was die Leute daraus machen.

Eigentlich leiden Übergewichtige aufgrund eines doppelten Stigmas: erstens wegen ihres Aussehens, das heute nicht dem Schönheitsideal entspricht, und zweitens, weil sie glauben, dass sie an ihrem Übergewicht schuld sind (Hill, 2004), und daraus Schuldgefühle entwickeln.

Die kognitiv-emotionalen Felder der Psyche bei Adipösen wurden von Doberauer und Egger (2000) gemessen. Es wurde gezeigt, dass die geringe Wertschätzung der eigenen Person mit dem BMI positiv korreliert sowie mit dem

Glauben, wenig Willenskraft zu besitzen oder sein Leben nicht im Griff zu haben. Diese niedrige Wertschätzung und der Glaube, wenig Willenskraft zu besitzen, spielen eine bedeutende Rolle beim Genusserlebnis und im empfundenen Schuldgefühl beim Genießen.

Allgemein bedauern Wissenschaftler, dass im Vergleich zu der großen Menge von Arbeiten im Bereich der Genetik und Molekularbiologie zu wenig Forschung auf dem Gebiet der Lebensqualität bei Adipositas betrieben wird (Hebebrand et al., 2004). Ganz besonders bleibt auf diesem Gebiet zu klären, welchen Platz der Genuss bei der Lebensqualität der übergewichtigen Personen einnimmt, denn wie Bergler und Hoff (2002, S. 117) bemerken: „Genuss gehört zur positiven Lebensqualität.“

2 GENUSS

2.1 Definitionen und Bedeutungen von Genuss

2.1.1 Defizite in der Definition

Die Genussforscher Bergler und Hoff (2002) bedauern, dass bei der wissenschaftlichen Literatur und empirischen Forschung ein Defizit bezüglich des Themas Genuss vorliegt. In einer älteren Arbeit (1969) haben Bergler et al. (zitiert nach Bergler & Hoff, 2002) schon versucht, Genuss folgenderweise zu definieren: „Genuss ist demnach ein allgemeiner gefühlsmäßiger Zustand, das Erleben konkreter Lebensinhalte und angenehmer Sinneseindrücke, Bedürfnisbefriedigung und aktives und dadurch intensives Erleben. Genuss ist im subjektiven Erleben im hohen Maße positiv besetzt“ (S. 39).

Für Bergler und Hoff (2002, S.41) ist Genuss ein vielschichtiges Phänomen, bei welchem man verschiedene Komponenten differenzieren kann:

- eine *subjektive* Komponente (intraindividuelles Erleben)
- eine *expressive* Komponente (Einhergehen mit Ausdruckserscheinungen)
- eine *kognitive* Komponente (Aufmerksamkeit, Bewertung, Erinnerung, Kontrolle)
- eine *behaviorale* Komponente (Such- oder Vermeidungsverhalten von Genuss) und

- eine *physiologische* Komponente (gesundheitsfördernd).

Sie meinen also, dass trotz der häufigen Verwendung des Begriffes „Genuss“ in der Alltagssprache die Wissenschaft kaum Antworten auf die Frage gibt, wie Genuss definiert werden soll. „Eine empirische Bestimmung, was Genuss ist, bleibt aus“ (S.55).

2.1.2 Lust und Genuss

Genuss kann nach verschiedenen Ansätzen beschrieben werden, es bleibt aber ein psychologisches Konstrukt, für welches es nicht nur eine einzige gültige Beschreibung gibt. Die Brockhaus-Enzyklopädie (1997) fasst es folgenderweise zusammen: Genuss ist „eine angenehme Empfindung, die bei der Befriedigung eines materiellen oder geistigen Bedürfnisses auftritt“. In diesem Sinne wird von Thomas (1989, S. 400) „Genuß als der emotionale Zustand der an Sinnesreize gebundenen lustvollen Hingabe verstanden“. Schulze (1992, S. 738) definiert ihn als „vorübergehende[n] psychophysische[n] Prozeß positiver Valenz“, der mit der individuellen Erlebnisorientierung verknüpft ist. Bei ihm wird aber Genuss nicht von Lust unterschieden.

Lust und Genuss sind in der „triebhaltigen und –lastigen Sichtweise von Freud“ (Bergler & Hoff, 2002, S. 45) nicht trennbar, wohl aber bei den Vertretern der Individualpsychologie von Adler. Als Vertreter dieser Bewegung meint Parenti (1989, zitiert nach Bergler & Hoff, S. 44), Genuss sei „ein angenehmes Gefühl, das herrührt von der Befriedigung der Sinne, des Intellekts oder – allgemeiner gesagt – von der Befriedigung der Wünsche und Hoffnungen“. In diesem Sinne stelle Genuss einen zwar „unbedeutend erscheinenden Impuls dar, der jedoch [...] übergeordnete Ziele [des Menschen] bereichern und fördern kann“ (Bergler & Hoff, S. 256).

Genuss wird auch mit Spaß verglichen: Podilchak (1991, zitiert nach Bergler & Hoff, S. 34) interviewte 49 junge Erwachsene zu diesem Vergleich. Genuss wurde verstärkt mit größerer „Ernsthaftigkeit“ verbunden und stärker mit Belohnung in Verbindung gebracht.

Neben dem Lustgefühl wird für Ulich und Mayring (1992, zitiert nach Bergler & Hoff, S.35) im Genusserleben der Bezug zuerst zu zwei Aspekten hergestellt: zu Grundbedürfnissen (Hunger, Durst, Sexualität) und zur Sinnlichkeit eines starken Erlebens. Wichtig sei dabei folgendes: „Neben möglichen physiologischen Prozessen wird das Lustgefühl durch Kognitionen, nämlich durch die Erfüllung positiver Erwartungen mitbestimmt“ (Bergler und Hoff, S. 35).

Dazu meinen die Forscher, dass Genuss ein aktiver, kognitiv gesteuerter Prozess ist, und „Lust als eher triebhafte Motivation menschlichen Handelns“ (S. 72) bezeichnet werden kann.

Schon 1972 stellte Voigt fest, dass Lust eine angenehme Empfindung darstellt, während „Genuß den Bezug zum geistigen Erlebnis akzentuiert“ (zitiert nach Bergler & Hoff, S. 42).

2.1.3 Genuss ist bewusst

Besonders treffend ist im Sinne von Voigt (siehe oben) folgende Definition von Lutz (1983, zitiert nach Bergler & Hoff, S.32): „Genuss ist ein sinnliches Verhalten, bei dem man sich auf ein lustvolles Erleben einlasse und sich dessen bewusst ist“.

Echter Genuss besitzt also eine kognitive Komponente, was auch von Psychologen der neuen Generation, die sich vorwiegend mit neurologischen Aspekten des Genusses beschäftigen, bestätigt wird. Das bewusste Empfinden schließt das Freiwillige und Kognitive beim Menschen ein. So kann sich der Genießer auch im Falle eines Risikos enthalten. Bergler und Hoff schreiben bei den Ergebnissen ihrer Untersuchung, dass „die Genießer gleichzeitig die willensstärkeren Menschen [sind], wenn es auch einmal um einen freiwilligen Genussverzicht geht“. (S. 345)

Die Voraussetzung der bewussten Entscheidung spielt vor allem eine wichtige Rolle, wenn der Genuss in die Maßlosigkeit zu rutschen droht. Aus ihren Ergebnissen ziehen Bergler und Hoff folgenden Schluss: „Man kann anscheinend nur wirklich genießen, wenn man dies freiwillig und wohl auch bewusst mit Maßen tut“ (S. 281).

2.1.4 Genuss und Gesundheit

Bergler und Hoff (2002) sind der Ansicht, dass das Genussverhalten einen direkten Einfluss auf die subjektive Lebensqualität und das Wohlbefinden hat.

Schon Freud meinte: „Gesundheit, das heißt [...] im ganzen uneingeschränkte Leistungs- und Genussfähigkeit“ (1943, zitiert nach Bergler & Hoff, S. 129). Diese Fähigkeit, Genuss zu erleben, soll demnach ein Beweis dafür sein, dass ein Mensch physisch und psychisch gesund ist. Der gesundheitsfördernde Aspekt des Genusses wird auch von Koppenhöfer (1994, S. 529) befürwortet. „Positives Erleben und Handeln könnten beim Entstehungsprozess einer Pathologie [...] zum Tragen kommen. Sie könnten die Resistenz gegenüber pathogenschädigenden Einflüssen erhöhen [...] und bei verfestigten Störungen kurativ-bewältigende Wirkung zeigen.“

Durch ihre Untersuchung haben Bergler und Hoff (2002) festgestellt, dass „Genuss antidepressive Wirkung“ hat (S. 172), und bedauern, dass „die präventive Bedeutung und Möglichkeit, Genuss [...] als Gesundheitsquelle zu fördern und zu nutzen, [...] hier sträflichst vernachlässigt“ wird (S. 117).

Das primäre Ziel des Genusses sei die Problembewältigung und sekundär die Steigerung des Wohlbefindens. Lutz (1995) spricht in diesem Sinne von einer „hedonistischen Nische“, welche eine aufgebaute Ressource darstellt, die als protektiver „Polster“ und Copingstrategie gesundheitserhaltend wirkt. „Ein Merkmal gesunder Menschen [ist], über eine hedonistische Nische zu verfügen, diese aber immer wieder verlassen zu können und, umgekehrt, auch dorthin zurückkehren zu können“ (S. 85). Diese Metapher wird weitergeführt, insofern dass der Genussunfähige, der eigentlich krank ist, entweder keine hedonistische Nische hat, oder ständig in ihr bleiben will und „den Wechsel zwischen Nische und Außenwelt nicht vollziehen kann“ (S. 85).

2.2 Wie genießt man?

2.2.1 Bilanzierungsmodell

Im Kern des Genussprozesses steht die Bilanzierung, die Bergler und Hoff in ihrem heuristischen Modell über die Genussfähigkeit beschrieben haben. „Genussfähigkeit wird verstanden als die individuelle Bilanz der subjektiv wahrgenommenen und als wahrscheinlich bewerteten Vor- und Nachteile von Genusserleben“ (S. 145). Vom Ergebnis dieses Bewertungsprozesses hänge dann das Genussverhalten ab.

Der Bewertungsprozess entspricht einer Kosten-Nutzen-Berechnung: „Die Frustration einer Motivation wird in Kauf genommen, wenn die Befriedigung einer anderen größeren Genuss bedeutet“ (Cabanac, 1995, zitiert nach Bergler & Hoff, 2002, S.83). Zum Beispiel ist die eine Person bereit für einen bestimmten Genuss mehr Geld auszugeben als andere, weil ihr dieser Genuss mehr Befriedigung gibt.

Bergler und Hoff beschreiben folgenderweise den Genießer und den Nichtgenießer: „Als Genießer/Genussfähige wurden solche Personen verstanden, die überwiegend Vorteile im Genuss und Genießen sehen und erleben, während Nichtgenießer/Genussunfähige überwiegend Nachteile im Genuss wahrnehmen“ (S. 342).

Die Forscher haben anhand eines LISREL-Messmodells ihre Untersuchungen durchgeführt. Dank diesem Modell haben sie die Kausalitäten und Stärken der Einflüsse verschiedener Konstrukte untereinander eruiert (siehe Abbildung 1).

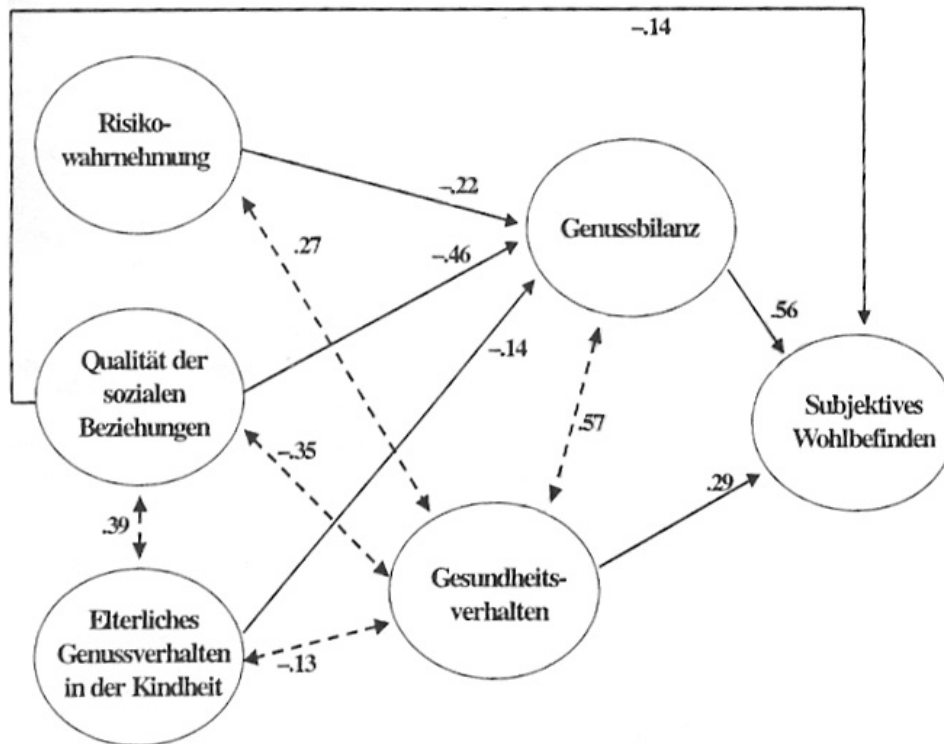


Abbildung 1: Strukturmodell der Genussfähigkeit mit standardisierten Pfeilgewichten. Die durchgehenden Pfeile mit einer Spitze stehen für einen kausalen Einfluss, die durchbrochenen Pfeile mit zwei Spitzen für einen Zusammenhang. (Bergler & Hoff, 2002, S. 338)

So zeigte sich, dass die Genussfähigkeit (Genussbilanz) den höchsten direkten und positiven Einfluss ($.56$) auf das subjektive Wohlbefinden hat. Sie „wirkt sich also im relativ hohen Maß kausal positiv auf die selbst wahrgenommene Lebensqualität und das psychische und physische Wohlbefinden aus“ (S. 339).

Die Genussfähigkeit steht in ausgeprägter Wechselwirkung mit dem Gesundheitsverhalten ($.57$). „Eine durch gesundheitsorientiertes Verhalten bestimmte Lebensgestaltung begünstigt die persönliche Fähigkeit zum Genießen“ (S. 339) und vice-versa. Das Gesundheitsverhalten hat einen positiven, aber eher geringen Einfluss ($.29$) auf das Wohlbefinden.

Kausal negativ beeinflusst wird die Genussfähigkeit von der Risikowahrnehmung ($-.22$). „Je höher also die persönliche Beschäftigung mit Ängstlichkeit vor möglichen Gesundheitsgefahren ist, desto geringer ist das Ausmaß der Genussfähigkeit“ (S. 339). Einen negativen Einfluss hat auch die Qualität der

sozialen Beziehungen (-.46). „Je mehr sich freundschaftliche Beziehungen auf wenige Personen beschränken und dann auch Kontakte [...] selten stattfinden, desto geringer fällt die persönliche Genussbilanz aus“ (S. 339).

2.2.2 Der ideale Genießer

Das Persönlichkeitsprofil für den idealen Genießer, welches von Bergler und Hoff (2002) erstellt wurde, gibt erste nützliche Einblicke in die Voraussetzungen für das Erleben von Genuss. Zusammenfassend wird der Genießer zuerst einfach so beschrieben (S. 327): „Er ist ein selbstsicherer, auch positiver selbstbewusster Mensch [...]. Er fühlt sich wohl in seiner Haut [...] für sein Leben fühlt er sich voll verantwortlich“. Das persönliche Wohlbefinden des Genießers wird nicht durch Gefühle der Minderwertigkeit beeinträchtigt. „Diese Qualität der Zufriedenheitswerte garantiert gleichsam sein ganzheitliches körperliches und seelisches Wohlbefinden“ (S. 329). Er besitzt eine große Vielfalt an Genussfeldern und genießt auch sensibler und intensiver. Er ist in der Lage, auch kleine Alltagsfreuden zu genießen. In sozialen Beziehungen ist er offen und bekommt viel Sympathie zurück.

Aufgrund ihrer Untersuchung können Bergler und Hoff behaupten: „Genießer sind Motivatoren; sie steigern das menschliche Antriebsniveau und sind menschliche Katalysatoren bei der Überwindung von Alltagsstressoren, [...] depressiven Stimmungslagen aber auch von Leistungstiefs und psychosomatischen Symptomen“ (S. 235).

Es ist nicht angemessen, ein Persönlichkeitsprofil zu erstellen, aber ein paar Merkmale werden auch von Bergler und Hoff im Laufe ihrer Untersuchung herausgefiltert: der ideale Genießer ist körpersensibel, kreativ, innovativ und kann sich auch von Problemen ablenken.

2.2.3 Die Rolle der Eltern in der Entwicklung des Genusses

Die Studie von Bergler und Hoff hebt hervor, dass beim Genießer das elterliche Verhalten in der Kindheit eine wichtigere Rolle als die angeborene Fähigkeit zum Genießen spielt. Eine qualitative Gestaltung der Eltern-Kind-Beziehung und die Vorbildfunktion der Eltern erweisen sich als Voraussetzung. „Nur eine Erziehung zu Genuss, die nicht sanktioniert, sondern Genuss bereits dem Kind auch in seinen wünschenswerten Grenzen verständlich macht, erklärt und vorlebt, wird auch einen kompetenten, bewussten und umsichtigen Umgang mit Genuss ermöglichen“ (S. 147).

2.3 Störfaktoren des Genusses

2.3.1 Die Genussfeindlichkeit

Zumindest in Deutschland ist Genuss nicht rundum positiv besetzt (Bergler & Hoff, 2002). „Die Tabuisierung von Genuss als Lebensziel begründet die Scheu und Zurückhaltung, wenn es um dieses Thema in der Öffentlichkeit geht“ (S. 29). Die Forscher haben festgestellt, dass die Haltung der Ärzte fast immer genussfeindlich ist. Sie warnen vor jeglichem Genuss mit dem Hinweis auf Risiken, da sie meist pathogenorientiert und weniger gesundheitsfördernd arbeiten. So würden sie die Genussängstlichkeit und die Genussunfähigkeit fördern (S.128).

Hier ist eine Art von Missverständnis anzutreffen, da der Umgang mit sogenannten „Genussmitteln“ oft mit dem allgemeinen Genießen verwechselt wird. Aus diesem Grund warnen Bergler und Hoff vor den Gefahren des Genusses, welcher „eine lustvolle, zunächst Vorteile oder Nutzen erbringende Aktivität [ist], die mittel- und langfristig aber mit Risiken, Nachteilen“ (S. 128) behaftet ist. Die hier entwickelte Genussfeindlichkeit richtet sich – wie so oft in der Bevölkerung – an die Genusssucht, und für Nicht-Mediziner ist die Grenze sehr schwierig zu sehen. Auf diese Grenze zwischen Genuss und Sucht wird im Kapitel 2.3.6 genauer eingegangen.

2.3.2 Einfluss des sozialen Umfeldes

Wie schon in Kapitel 2.2.2 erklärt wurde, sind Störungen der Eltern-Kind-Interaktion im frühen Kindesalter Grundlage eines späteren anhedonischen Verhaltens (Eggers, 1990, zitiert nach Bergler & Hoff, S. 105). Bergler und Hoff fügen hinzu, dass „Angst, Abwehr, Hilflosigkeit der Eltern gegenüber den mit genussvollen Entdeckungen verbundenen Autonomiebestrebungen des Kindes [...] sein Glücksempfinden [und] Selbstwertgefühl“ (S. 105) beeinträchtigen.

Während seiner Entwicklung wird der Mensch von den vorgelebten Werten, dem Lebensstil und dem Konsumverhalten seiner Umgebung geprägt. Die Gesellschaft, in die eine Person hineinwächst, prägt auch ihr Genussverhalten. In den letzten Jahrzehnten wurde von Klotter (1994) die „Eliminierung des Genusses aus der Nahrungsaufnahme“ beobachtet, jedoch hat dieser Trend glücklicherweise die Richtung umgedreht, denn der Forscher bemerkt, „dass neuerdings wieder der Genuss beim Essen beschworen wird“ (S. 271).

Die Konsumgesellschaft spricht in der Werbung auch viel von Genuss, schafft aber bei vielen Kunden einen psychologischen Zwang zum Konsumieren. Mit dem Zwang schwindet auch der Genuss.

Hinzu kommt, dass die ständige Kontrolle beim Essen, um dem Schlankheitsideal der Gesellschaft zu entsprechen, zu verschiedenen Essstörungen führen kann. Lindemann und Stark (2000) haben eine wesentlich schwächere Genussfähigkeit bei Personen, die sich beim Abnehmen an starre Ideologien und die sich daraus ergebenden Kontrollen halten, erkannt (mehr dazu im Kapitel 3.2.2.1). Wenn Genuss durch Erziehung als Sünde oder von der Gesellschaft als Schande erlebt wird, folgt auf jede Lust, und noch mehr auf einen „verbotenen Genuss“, schlechtes Gewissen.

2.3.3 Schuldgefühle

Schuldgefühle in chronischem Ausmaß bedeuten starken Stress. Und Stress verhindert bekanntlich das Genießen. „Es gibt ambivalente Genießer mit Sehnsucht nach mehr Genuss und gleichzeitig schlechtem Gewissen“ (Bergler & Hoff, 2002, S. 217). In ihrer Untersuchung unterscheiden diese Psychologen zwischen Genusszweiflern und Nichtgenießern: „Der Genusszweifler [...] kann nicht wirklich genießen, möchte aber auch nicht das Genießen aufgeben und erlebt Genuss damit ausschließlich im Zustand des schlechten Gewissens“ (S. 242). Er lebt in ständiger Ungewissheit, ob sein Verhalten gut oder schlecht ist, was zu permanenten psychischen Verspannungen führt. Die gestörte Genussbilanz bringt ihn dorthin, wo er sich „in einem letztlich immer ungelösten inneren Konflikt zwischen subjektivem Wollen und Sollen“ (S. 325) befindet.

Bei der Gruppe der Nichtgenießer werden Genussvorteile abgewertet, aber auch nur verdrängt: „Wenn Nichtgenießer ‚genießen‘, dann tun sie dies niemals ohne ‚Wenn und Aber‘ [...] Sie haben immer auch Angst vor ihren positiven Gefühlen und beeinträchtigen so ihr psychisches und physisches Wohlbefinden“ (S. 343).

2.3.4 Genussbarrieren

Bergler und Hoff nennen besonders zwei Situationen, die dem Genuss Grenzen bieten. Zuerst ist es der Fall, wenn „der affektiv aufgeladene Konflikt das Feld beherrscht“ (S. 279), d. h. wenn echte Kommunikation unmöglich ist. Das Gespräch

artet in stereotype Leerformeln aus, und so wird der Genuss im zwischenmenschlichen Bereich gestört. Andererseits nennen sie eine Situation, wo Gebote und Verbote herrschen: „Genuss hört dort auf, wo menschliche Freiheit unterdrückt wird“ (S. 279). Ein unzureichender Selbstwert ist ein zusätzliches Hindernis: „Ein fehlendes Genusserleben ist auch Ausdruck des Sich-nichts-gönnen-Könnens/-Wollens“ (S. 129).

Andere Barrieren werden auch als genussfeindlich beschrieben, die selbstverständlich zu sein scheinen: Depression, Trauer, Einsamkeit, Trauma, schlechter Schlaf, Mangel an Zeit und Entspannung, Verschlechterung des Gesundheitszustandes, hektisches Berufsleben, unsympathische Arbeitsumgebung usw. (S. 285).

2.3.5 Angeborene Genussunfähigkeit?

Individuelle Tendenzen können auch als Störfaktoren für das Erleben eines Genusses wirken. Laut Bergler und Hoff entwickelt der „Nichtgenießer mit seiner ängstlich-neurotischen Risikowahrnehmung“ (S. 346) eine gewisse Hypochondrie. Ob diese Merkmale erlernt oder angeboren sind, ist aber nicht klar.

Ebenfalls wurde von Zuckerman (1996) ein Persönlichkeitstyp empirisch geprüft, der sogenannte „Sensation seeker“, der ein sehr hohes Maß an Außenreizen für sein psychisches Wohlbefinden braucht und dadurch zuerst als Nichtgenießer eingeschätzt werden kann. Eine genetische Prädisposition wäre hier vorhanden.

Ein individueller Faktor, der das Genießen sozialer Kontakte beeinträchtigen kann, ist die Schwierigkeit, eigene Gefühle zu spüren und auszudrücken. Diese Störung ist unter dem Namen „Alexithymie“ bekannt. Eine Korrelationsstudie von Prince und Berenbaum (1995, zitiert nach Bergler & Hoff, 2002) zeigte einen „Zusammenhang speziell zwischen der Unfähigkeit, Gefühle zu kommunizieren, und der sozialen Anhedonie, also der Genussunfähigkeit in sozialen Situationen“ (S. 103). Die kausale Richtung bleibt jedoch unklar.

Bergler und Hoff sehen in den Persönlichkeitstypologien nicht genug Aussagekraft, unter anderem bezüglich des Essens: „Die Anwendung von Persönlichkeitstypologien wie die des ‚Sensationssuchers‘ oder des oral-passiven/-sadistischen Menschen haben ebenso wie demographische Faktoren das Genussverhalten und –erleben im Essen nicht aufklären und vorhersagen können“ (S. 85).

2.3.6 Genuss und Sucht

Allgemein wird Genuss zu oft fälschlicherweise mit Maßlosigkeit gleichgesetzt, da der Übergang zwischen Genuss, Genussüberdruß und Genusssucht schwer zu definieren ist. Bergler und Hoff sind der Meinung, dass „Genuss sicherlich [...] fließende Grenzen zur Sucht“ (S. 128) hat. Im Zustand einer Sucht „ist in der Regel von einem aversiven Mangelzustand auszugehen, der durch das Genussmittel beseitigt wird. Dies entspricht einer negativen Verstärkung“ (Lutz, 1996, zitiert nach Bergler & Hoff, S. 37).

An dieser Stelle ist anzumerken, dass der umgangssprachliche Ausdruck „Genussmittel“ nur eingeschränkt zutreffend ist, da einerseits auch andere „Mittel“ genossen werden können, und andererseits gerade diese sogenannten „Genussmittel“ (wie Alkohol oder Tabak) nicht nur Genuss bringen, sondern auch besonders leicht zur Sucht führen können.

2.3.7 Genuss und Erkrankungen

Die vorhandene Genussfähigkeit kann auch verloren gehen. Dies ist der Fall beim Eintreten einer Depression. Zusammenhänge zwischen einem verminderten Genusserleben und manchen Krankheiten sind gefunden worden, wobei aber die Richtung der Kausalität noch als Forschungsdefizit bleibt. „Bisher ist nicht geklärt, ob Genussunfähigkeit als ein zusätzlich prädisponierender Faktor bei der Entstehung von Krankheiten wirksam wird oder ob ein vermindertes Genießen aus vorhandenen Erkrankungen resultiert“ (Bergler & Hoff, 2002, S. 129).

Bergler und Hoff (S. 130) sprechen von mehreren Erkrankungen, bei welchen durch Therapie die Genussempfindlichkeit gefördert wurde, jedoch bleibt unklar, auf welchen Therapieteil dies zurückzuführen ist und ob es überhaupt Ziel der Therapien war. Diese Forscher zitieren folgende Studienergebnisse: asthmakranke Kinder kamen zu einem verbesserten Körperempfinden (Könning et al., 1997); Zwangserkrankte (Münchau et al., 1996) sowie Personen mit Essstörungen (Hassel & Schlömer, 1994) und mit Herzerkrankungen (Roviaro et al., 1983) erlebten eine Besserung. Bei depressiven Patienten, die ein Genussstraining erfahren hatten, wurde der Erfolg empirisch bewiesen (Koppenhöfer, 1994).

2.3.8 Die kleine Schule des Genießens

Die Entwicklung dieses Genussstrainings geht vor allem auf Arbeiten von Lutz und Koppenhöfer (1983, zitiert nach Bergler & Hoff) zurück. Sie haben die „kleine Schule des Genießens“ zusammengestellt, die ursprünglich für die Therapie depressiver Patienten konzipiert wurde. Dies ist ein halbstandardisiertes, verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm zur Förderung der Fähigkeit des genussvollen Empfindens. „Erste empirische Überprüfungen der Anwendung bei Depressiven zeigen, dass nach diesem Genussstraining die Patienten hoch signifikant weniger depressiv waren, sie hoch signifikant besser Genuss und Entspannung erfahren konnten“ (Koppenhöfer, 1990, 1994 zitiert nach Bergler & Hoff, S. 131).

Das Therapieprogramm der „Kleine[n] Schule des Genießens“ soll die Sinne wie Riechen, Tasten, Schmecken etc. für Genuss sensibilisieren, soll einen bewussten, individuellen, maßvollen und aufmerksamen Umgang mit Genuss trainieren“ (Bergler & Hoff, 2002, S. 131). Diese Schule sieht eine fixe Gruppe von acht Patienten für zehn Sitzungen vor. Unter den vorgegebenen Regeln der Therapiestunden findet man: (a) „Genuss braucht Zeit“, (b) „Genuss muss erlaubt sein“, (c) „Genuss geht nicht nebenbei“, (d) „Genuss ist Geschmackssache“, (e) „Weniger ist mehr“, (f) „ohne Erfahrung kein Genuss“ und (g) „Genuss ist alltäglich“ (S. 132). Nicht nur Genuss-bejahende Regeln müssen dabei akzeptiert werden, sondern auch der gelegentliche Verzicht auf Genuss muss möglich sein (im Gegensatz zur Sucht).

Mittlerweile wurde diese „Schule“ bei unterschiedlichen Krankheitsbildern erfolgreich angewandt, z.B. bei chronischen schizophrenen Zuständen, bei Kopf- und Rückenschmerzen, bei Multipler Sklerose und sogar auch bei Adipositas. Bei der Verminderung der Schmerzintensität, depressiven Verstimmungen, Beschwerden bei Stress und Belastungen wies die „Kleine Schule des Genießens“ eine 50% höhere Erfolgsrate als andere Trainingsprogramme auf (S. 135). Die empirische Absicherung der Wirksamkeit bleibt jedoch dürftig. Dazu meinen Bergler und Hoff: „Nicht die Methode [...] sondern die Art und Weise, wie man Genuss und Genussfähigkeit erfasst, ist defizitär“ (S.141).

2.4 Genussfelder und Präferenzen

2.4.1 Genussfelder

Anhand einer Faktorenanalyse der Bereiche, die Genuss auslösen können, haben Bergler und Hoff folgende Genussfelder zusammengefasst (für genauere Beschreibung der Felder siehe S. 202-205):

- (1) Entspannung, Ruhe und Harmonie;
- (2) Körperpflege, Ästhetik und materieller Konsum;
- (3) aktive und sportliche Freizeitgestaltung;
- (4) Naturerleben und Meditation;
- (5) Wohlstand, Essen und Reisen;
- (6) soziale Kontakte und Geselligkeit;
- (7) stimulierende Begegnungen mit Menschen und Erfolgserlebnisse;
- (8) Kultur und intellektuelle Aktivitäten;
- (9) Fernseh- und Musikkonsum;
- (10) Genuss im häuslichen Umfeld;
- (11) Genussmittel;
- (12) Spielen und Computer;
- (13) Erleben von Zärtlichkeit, Sex und Glück;
- (14) der Genuss an einem wirklichen Hobby;
- (15) die Freude an der Berufsarbeit und Zusammenarbeit mit Berufskollegen.

2.4.2 Genussfeld Essen

„Dem Essen wird ein hoher Genusswert zugesprochen“ erklären Bergler und Hoff (2002). Auf diesen Genussbereich wird genauer eingegangen, da er für diese Studie als sehr wichtiger Bereich für Genusserfahrung empfunden wird.

Beim Essen können verschiedene Faktoren den Genuss beeinflussen. Bergler und Hoff haben empirisch bestätigt, was schon andere Forscher theoretisch gemeint haben, nämlich dass der Genuss beim Essen nicht nur vom Geschmack der Speisen kommt:

Ein wirklich genussfähiger Mensch stellt also insgesamt die höheren Anforderungen an das Umfeld; der Essgenuss ist ein ganzheitliches

Erlebnis, bei dem die besondere Qualität des Essens und der Getränke immer eingebunden ist in das Ambiente des Restaurants und die Sympathiewertigkeit der Gesprächspartner. Essen ist für den wirklichen Genießer nicht nur Degustation, sondern immer auch Ästhetik und Kommunikation. (S. 306)

Es zeigte sich auch, dass offensichtlich „vor allem solchen Speisen Genussbedeutung zu[kommt], die als ‚Ergänzung‘ des normalen Speiseplans gedacht werden können“ (S. 74), zum Beispiel Schokolade oder Kaviar im Gegensatz zu Kartoffeln und Milch.

Essen ist einer der wirkungsvollsten Verstärker. Nicht umsonst ist es der leichteste Weg, Tiere zu trainieren (Saelens & Epstein, 1996). Auf den Verstärkerwert des Essens wird in Kapitel 3.1.2.1 genauer eingegangen.

2.4.3 Präferenzen

Darüber, wie Präferenzen von Genüssen entstehen, gibt es verschiedene Theorien. Die soziale Lerntheorie von Bandura besagt, dass Kinder durch das Beobachten des Elternverhaltens beeinflusst werden. In dieser Richtung untersuchten Lewis, Sims und Shannon (1989, zitiert nach Bergler & Hoff, S. 84) die Anwendbarkeit sozial-kognitiver Lernprozesse für das Ernährungsverhalten und bewiesen auch die „soziale Verstärkung“ bei der Wahl des Trinkgenusses von Milch und Soda. Auch eine kulturelle Komponente prägt die Genussentwicklung. Mela (2001) meint auch, dass hauptsächlich die individuelle sozioökonomische und kulturelle Umgebung die sinnlichen Erfahrungen determiniert.

Präferenzen entstehen in diesem Sinne im Rahmen von klassischer, operanter Konditionierung und Beobachtungslernen, sowie „als Resultat des ‚Dem-Essen-ausgesetzt-Seins‘ und als Resultat kognitiver Umstrukturierung“ (Bergler & Hoff, 2002, S.79). Mela (2001) meint, dass unsere Präferenzen auf dem Gebiet der Sinne und des Essens vorwiegend das Resultat einer assoziativen Konditionierung mit positiven oder negativen Stimuli sind.

Rissanen et al. (2002, zitiert nach Davis, Strachan & Berkson, 2004, S. 137) zeigten, dass Präferenzen nicht nur angeboren sind, sondern gleichzeitig vom Lernen, von der genetischen Prädisposition und von der Essensumwelt geprägt werden.

2.5. Genussähnliche Konstrukte

2.5.1 Eine Frage der Terminologie

Vereinfacht gesagt, sehen die Wissenschaftler der neuen Generation Genuss als ein neurobiologisches Konstrukt, bei welchem versucht wird, die rein biologischen Mechanismen mit den Gebieten der Gefühle und der Kognition in Zusammenhang zu bringen. Die Studie von Davis et al. (2007) lässt vermuten, wie schwierig die Unterscheidungen zwischen Hedonie, Genussfähigkeit und Belohnungssensitivität zu treffen sind, umso mehr als sich die Forscher noch die Frage stellen, was bei diesen Konstrukten ein Charaktermerkmal („trait“) ist und was erlernt wird. Auch die Kausalitäten sind Gegenstand heutiger psychobiologischer Untersuchungen.

Für den deutschsprachigen Psychologen wird die Transparenz der Begriffe noch dadurch erschwert, dass es im Englischen kein hundertprozentiges Äquivalent zum deutschen Wort „Genuss“ gibt. Am nächsten kommen die Begriffe „pleasure“ und „enjoyment“, die sich ins Deutsche auch mit „Vergnügen“, „Spaß“, „Lust“ oder „Freude“ übersetzen lassen, was zu Fehlinterpretationen führen kann. Das bedauern auch Bergler und Hoff (2002): „Vor diesem Hintergrund muss eine Interpretation englischsprachiger Fachliteratur entsprechend behutsam erfolgen“ (S. 34).

2.5.2 Belohnungssensitivität

Der Begriff der Belohnungssensitivität, auf englisch „Sensitivity to Reward“ (STR) wurde zuerst von Meehl im Jahr 1972 verwendet, als er versuchte, die Fähigkeit zu erklären, Genuss oder Belohnung zu erleben. Er wünschte sich damals, dass eine „pleasure measure“ erfunden wird, wusste aber um die Schwierigkeit dieses Vorhabens (Meehl, 1975).

Gray hat dann 1987 in diesem Bereich ihre „Reinforcement Sensitivity Theory“ erstellt, die neuropsychologisch fundiert ist. Diese Theorie beruht auf zwei hypothetischen Gehirnsystemen, die das emotionale Erleben und das Verhalten eines Menschen regeln:

- o dem BAS (Behavioural Approach System), welches ein Verhalten durch Belohnung motiviert, und
- o dem BIS (Behavioural Inhibition System), das durch Angst bzw. durch Bestrafung ein Verhalten vermeidet.

Diese Systeme funktionieren unabhängig voneinander (Gray, 1987, 1993 zitiert nach Franken & Muris, 2005).

Davis et al. (2007) meinen, dass Personen mit stärkerem BAS, d. h. mit hoher STR, eher fähig sind, Reize in ihrem Umfeld wahrzunehmen, die einen potentiellen Genuss bereiten können, um daraus auch höheres positives Empfinden zu erleben.

Heute wird STR als ein Persönlichkeitsmerkmal betrachtet, das fest in der Neurobiologie des mesolimbischen Dopaminsystems verankert zu sein scheint (Davis et al, 2004, S. 132). Davis et al. (2004) definieren STR als „ability to derive pleasure or reward from natural reinforcers like food, and from pharmacologic rewards like addictive drugs“ (S. 131). Die Forscher nehmen an, dass STR ein Risikofaktor bei Süchten ist.

Bei Personen mit schwachem Dopaminsystem sinkt die Motivation, ein Verhalten zu zeigen, das genussvoll sein kann (Davis & Fox, 2008). Durch ihre Untersuchungen haben Blum, Cull, Braverman und Comings (1996, zitiert nach Mela, 2006, S. 13) ein Syndrom herausgearbeitet, welches sie „Reward Deficiency Syndrom“ (RDS) genannt haben. Dieses entsteht durch eine Störung im mesolimbischen Dopaminsystem, bzw. in Verminderung der Dopamin-Rezeptoren D2 im Gehirn, was zu einer schwächeren Aktivierung der Gehirnwege, die für Motivation zuständig sind, führt. „Dopamine modulates motivation and reward circuits“ (Wang et al., 2001). Dieses zu schwache Dopaminsystem wird folgenderweise beschrieben: Das Gehirn einer solchen Person braucht einen "Schub" vom "Stoff", um sich gut zu fühlen und sein Defizit an Dopamin auszugleichen (Blum & Braverman 2001, zitiert nach Davis & Fox, 2008, S. 44). Dann wird Essen zum Beispiel als Selbstmedikation verwendet. Auf das Zusammenspiel zwischen diesem Syndrom und dem Essverhalten wird im Kapitel 3.1.1 genauer eingegangen.

2.5.3 Hedonie versus Anhedonie

In Zusammenhang mit STR beschreiben Davis et al. (2004) Hedonie und Anhedonie folgenderweise:

Anhedonia describes the low end of this dimension [STR] and is characterized by a diminished ability to experience pleasure from natural reinforcers [...]. At the other end of this continuum, hedonia reflects an

enhanced motivation to approach naturally pleasurable behaviors, and to find them rewarding. (S. 132)

Bei Mela (2001, S. 250, 2006, S. 15) hingegen gehört Hedonie bzw. „hedonic anticipation“ zur Motivation, ein Verhalten zu zeigen, und befindet sich hierarchisch zwischen dem „Wanting“ (das er mit „desire“ gleichsetzt) und dem „Liking“ (was einem gefällt, wobei er es mit „pleasure“ gleichsetzt). Auf diese zwei Konstrukte wird gleich genauer eingegangen.

Sowohl Davis und ihre Kollegen (2004, 2007, 2008) als auch Mela (2001, 2006) unterscheiden in ihren folgenden Studien immer genauer die Begriffe voneinander. Mela (2006) erwähnt z.B. nicht mehr „pleasure“ in Bezug zu „Liking“, und Davis und Fox meinen 2008, dass sich „physical anhedonia“ und STR nur mehr konzeptuell überschneiden.

So werden die Begriffe „Hedonie“ und „Anhedonie“ nicht einheitlich von allen Forschern gleich definiert, bzw. überlappen sich ihre Definitionen auch mit Definitionen anderer Konstrukte, zum Beispiel von „Wanting“ und „Liking“.

2.5.4 Wanting versus Liking

Für Berridge, auch gemeinsam mit Winkielman (1996, 2003, 2004), sind „Wanting“ und „Liking“ zwei unterschiedliche Komponenten, die einen Einfluss auf den psychologischen Belohnungsmechanismus ausüben. Beide laufen eigentlich unbewusst ab. „Both wanting and liking can exist without subjective awareness“ (Berridge, 1996, S. 1). Jedoch wird später, 2003, zwischen zwei verschiedenen „Liking“s unterschieden. Das bewusste „Liking“ wird eher mit Genuss in Verbindung gebracht, bzw. mit „feeling of pleasure“ (Berridge & Winkielman 2003, S.181). Aber auch ein unbewusstes „Liking“ wird von Berridge und Winkielman untersucht: „We argue that nonconscious affect also exists, and focuses specifically on the possibility of unconscious ‚liking‘ „ (S. 181).

Unter „Wanting“ wird hier nicht das herkömmliche „Wollen“ gemeint, sondern ein spezifisches Konstrukt. Berridge (2004) meint: „In extreme cases, excessive ‚wanting‘ may produce strongly irrational choice, causing individuals to want what they do not cognitively want, and to choose what they do not expect to like“ (S. 259). Unter „Wanting“ versteht er eine „incentive salience“, bzw. der „herausstechende Anreiz“,

also das Herausspringen eines Reizes von vielen, wobei dies aber unbewusst geschieht. Er meint: „incentive salience is essentially nonhedonic in nature“ (S. 253). Allgemein wird „Wanting“ mit Motivation oder „desire“ gleichgestellt (Mela, 2001, 2006).

Normalerweise wird angenommen, dass beide Systeme so zusammen arbeiten, dass man nur Lust auf etwas haben kann, was man auch mag. Forscher haben untersucht, ob „Wanting“ und „Liking“ auch unabhängig voneinander signifikante Änderungen im Verhalten hervorrufen können, oder ob man notwendigerweise Elemente des einen im anderen vorfinden muss (Berridge, 2007).

Biologisch gesehen hängt das „Liking“ vor allem vom ventralen Pallidum und vom Hirnstamm ab und wird durch Opioide und das GABA/Benzodiazepine System beeinflusst (Berridge, 1996). Das „Liking“ steigt, wenn mehr Opioide in das ventrale Pallidum und in den Nucleus Accumbens durch Mikroinjektionen eingeführt werden (Peciña, Smith & Berridge, 2006). Das „Wanting“ hingegen hängt mit dem Nucleus Accumbens und der Amygdala zusammen (Berridge, 1996). Hier spielt das Dopaminsystem die Hauptrolle. „Incentive salience or ‚wanting‘ depends on mesolimbic dopamine systems“ (Berridge, 2004, S. 253). Dies nähert sich wieder sehr dem STR-Konstrukt aus Kapitel 2.5.2. Die zwei Konstrukte können biologisch gesehen unterschiedlich aktiviert werden. Beispielsweise kann das eine aktiviert werden, das andere aber nicht: „Intra-accumbens amphetamine did not enhance ‚liking‘“ (Wyvell & Berridge, 2000, S. 8129). Ein Experiment hat gezeigt, dass eine pharmakologische Manipulation am Dopamintransport bei Tieren keinen Einfluss auf das hedonistische „Liking“-Verhalten hatte (Berridge, 2004). Somit wird klar, wie falsch es ist, anzunehmen, dass Dopamin der Neurotransmitter des Genusses ist.

Finlayson, King und Bundell (2007), aber auch Mela (2006) meinen also, dass „Wanting“ ein Motivationskonzept ist und „Liking“ dem Bereich des Affekts zuzuschreiben ist. „Liking reflects the immediate experience or anticipation of pleasure [...] (hedonic value or ‚palatability‘); desire, or wanting, is the intrinsic motivation [...] now or in the (near) future“ (Mela, 2006, S. 11).

Da man sich laut Lutz (1983, zitiert nach Bergler & Hoff, 2002) des Genusses bewusst ist, zeigt sich, dass weder mit „Wanting“ noch mit „Liking“ wirklich Genuss gemeint wird, jedoch können diese zwei Konstrukte zum „Genießen“ führen.

Zusammenfassend könnte man schließen, dass:

- „Wanting“ ein unbewusster triebhafter Mechanismus ist, welcher motivational agiert,
- „Liking“ ein bewusster oder unbewusster affektiver Mechanismus ist, und
- „Genuss“ einen kognitiven Prozess mit affektiver Komponente bedeutet und von einem anderen Ansatz her zu betrachten ist.

Jetzt stellt sich die Frage, inwiefern alle diese Konstrukte auf den wichtigsten, schnellsten und wirkungsvollsten Verstärker, das Essen, einen Einfluss haben. Können sie das Genusserleben und die Genussfähigkeit erklären? Inwiefern leisten sie einen Beitrag zum Verständnis des Genusserlebens bei Adipositas? Es wird nun versucht, eine Antwort auf diese Frage zu finden.

3 ZUSAMMENHANG ZWISCHEN ADIPOSITAS UND GENUSS

Der Genuss, den der Mensch durch das Essen bekommt, trägt zu seiner physischen und psychischen Gesundheit bei. Es stellen sich aber folgende Fragen: Warum können manche Genießer ihr Normalgewicht halten, während andere zu Adipositas neigen? Warum werden einige zu Nichtgenießern, nachdem sie Genießer waren? Und warum können andere das, was sie essen, nie richtig genießen? Dies sind komplexe Mechanismen, die heute sowohl aus neurobiologischer wie psychologischer Sicht erforscht werden.

3.1 Zusammenhang zwischen Adipositas und genussnahen Konzepten

In unserer Gesellschaft wird oft angenommen, dass adipöse Personen ihr Übergewicht dem sehr hohen sinnlichen Wert, den sie dem Essen beimessen, sowie ihrer starken Genussfähigkeit zu verdanken haben. In den letzten Jahren haben sich viele Wissenschaftler mit dem Thema befasst, und dies aus verschiedenen Ansätzen, wobei manche Konzepte einander überlappen.

3.1.1 Belohnungssensitivität und Adipositas

Verschiedene Forscher haben versucht, den Zusammenhang zwischen dem BMI und der Belohnungssensitivität (STR) zu erheben. Dabei zeigten sich unterschiedliche Ergebnisse, die widersprüchlich zu sein scheinen. Grund für die verschiedenen Resultate ist, wie schon erwähnt, die Uneinigkeit über die Definitionen und Terminologien. Auch wurden manchmal nur Studenten befragt, manchmal nur junge Frauen und keine Männer und in manchen anderen Fällen aber eine größere Anzahl von Personen aus der ganzen Bevölkerung. Durch diese Unterschiede sind die Ergebnisse manchmal mit Vorsicht zu betrachten.

Auch wurden unterschiedliche Instrumente zur Erhebung herangezogen. Zum Beispiel benützten Davis, Strachan und Berkson (2004) die „Pleasant Activities Schedule“ (PAS), welche Genüsse aus sinnlicher Quelle erhebt, während Pagoto, Spring, Cook, McCargue und Schneider (2006) ihre Studie mit der „Pleasant Events Schedule“ (PES) durchführten, welche sich vorwiegend auf Sozial- und Freizeitaktivitäten bezieht. Beide fanden unterschiedliche Ergebnisse, auf die nun unter anderem eingegangen wird.

3.1.1.1 BMI und STR korrelieren negativ miteinander

Auf den Zusammenhang zwischen der STR und einem geschwächten Dopaminsystem wurde im Kapitel 2.5.2. eingegangen.

Wang et al. (2001) beobachteten, dass manche stark adipöse Menschen, die an einem Gewichtsreduktionsprogramm teilnahmen, eine signifikant niedrigere Anzahl an Dopamin-Rezeptoren D2 aufwiesen als Normalgewichtige. Diese Tatsache schien zuerst erstaunlich, da im allgemeinen ein niedriges Niveau an Dopamin einer schwächeren Motivation in der Suche nach Genuss entsprechen soll.

Diese Forscher nehmen an, dass eine Schwächung des Dopamin Rezeptors D2, wie es beim „Reward Deficiency Syndrom“ der Fall ist, auch durch eine "Überdosis Essen" wie eine Droge verursacht werden kann. Denn chronisches Überessen kann zu einer Hyperstimulation der Dopaminausschüttung führen und die Kraft des Rezeptors schwächen. Durch diese Schwächung wird wieder mehr Essen verlangt, um den Dopaminhaushalt wieder auf ein angenehmes Niveau zu erhöhen.

Aufgrund weiterer Studien, welche andere Ergebnisse als die von Wang et al. erbrachten (vor allem von Davis et al. (2004) und von Franken und Muris (2005), auf

die im nächsten Kapitel eingegangen wird) wollten Pagoto et al. (2006) erneut versuchen, den Zusammenhang zwischen BMI und STR zu erheben. Sie fanden, wie in der ursprünglichen Studie von Wang et al. (2001), einen negativen Zusammenhang.

Sie befragten eine größere Anzahl von Personen, hauptsächlich Studenten mit einem Durchschnittsalter von 19 Jahren. Unter den 290 Teilnehmern waren 58% Frauen; 28% waren übergewichtig, 14% adipös. Das dazu angewandte Instrument war die "Pleasant Events Schedule" (PES) von Mac Phillamy und Lewinsohn (1982, zitiert nach Pagoto et al, 2006), welche eine Liste von möglichen belohnenden Aktivitäten beinhaltet.

Sie fanden nur bei Frauen und nicht bei Männern einen negativen linearen Zusammenhang heraus: ein höherer BMI ging mit einer sinkenden Tendenz, allgemein belohnende Aktivitäten belohnend zu empfinden, einher (S. 1429).

Anders als bei den anderen Studien wird bei Pagoto et al. (2006) die "capacity to enjoy" gemessen, die nicht genau mit der STR gleichzusetzen ist, aber näher an das Thema dieser Arbeit herankommt. Da die Autoren wissen, dass Anhedonie eines der Hauptmerkmale von Depression ist, haben sie in ihrer Befragung auch den Faktor Depression anhand des „Inventory to Diagnose Depression“ (IDD) von Zimmerman u. Coryell (1998) erhoben. Sie beabsichtigten herauszufinden, ob die Depression den Zusammenhang zwischen dem BMI und dem niedrigen Genusserleben allein erklären könnte. Es zeigte sich, dass auch nach Extraktion des Faktors Depression der Zusammenhang besteht. Nur der Faktor „Fähigkeit, diese allgemein belohnenden Aktivitäten als angenehm zu empfinden“ hatte einen Einfluss auf diesen Zusammenhang.

3.1.1.2 BMI und STR korrelieren positiv miteinander

Andere Forscher fanden eine positive Korrelation zwischen BMI und STR. Franken & Muris (2005) sind der Meinung, dass Anhedonie oder die Unfähigkeit, Belohnung zu erleben, in Zusammenhang mit STR stehe, dass es aber nicht dasselbe sei (S. 199). Die Verwechslung kann hier leicht geschehen, da beide Begriffe einander überlappen. Die Forscher führten eine Studie durch, bei welcher sie Korrelationen zwischen STR, "food craving" (Gier nach bestimmter Nahrung) und BMI suchten. Sie untersuchten 99 junge Studentinnen, unter welchen nur 8,3% als übergewichtig und nur 1% als adipös galten, was die Aussagekraft der Umfrage wesentlich schmälert. Als Instrument wurde das „Sensitivity to Punishment and Sensitivity to Reward

Questionnaire“ (SPSRQ) von Torrubia et al. (2001) verwendet, das auf Grays BIS/BAS-Theorie (siehe Kapitel 2.5.2) beruht und die individuellen Unterschiede in der Belohnungssensitivität sowie in der Bestrafungssensitivität untersucht. Das "food craving" wurde mit dem " Food craving questionnaire - Trait Version" (FCQ-T) von Cepada-Benito et al. (2000) gemessen.

Es wurde herausgefunden, dass die STR im klaren positiven Zusammenhang mit "food craving" und mit BMI steht. "Food craving" erklärt dabei nicht den Zusammenhang zwischen den beiden anderen Merkmalen. Die STR und das "food craving" korrelierten nämlich beide unabhängig voneinander mit dem BMI. Sie sind der Meinung, dass eher andere Faktoren des „lifestyle“ den Zusammenhang zwischen BMI und STR erklären könnten (S. 200).

Auch Davis et al. (2007) fanden eine positive Korrelation zwischen STR und BMI, welche aber nur durch das Essverhalten erklärbar ist.

Diesmal führte die Gruppe um Davis eine Untersuchung auf breiterer Basis durch, bei der jedoch nur Frauen befragt wurden: 151 Frauen mit dem Durchschnittsalter von 33, 2 Jahren, davon 27% übergewichtig, 34% adipös und 38% normalgewichtig.

Zur Ermittlung der STR, verwendeten sie die STR-Subscale vom SPSRQ von Torrubia et al. (2001) und das BAS-Questionnaire von Carver und White (1994). Für das Essverhalten wurden das „Dutch Eating Behaviour Questionnaire“ (DEBQ) von Van Strien, Frijters, Bergers und Defares (1986) sowie das „Binge Eating Questionnaire“ von Halmi, Falk und Schwartz (1981) und ein "Food Prefence Questionnaire" verwendet (Davis et al., 2007, S. 14).

Davis et al. konnten schließlich eine klare positive Korrelation zwischen STR und BMI erfassen. Jedoch zeigte sich, wie oben erwähnt, dass der Zusammenhang nur über das Essverhalten läuft. Damit waren Überessen (besonders "emotionales Essen") und Vorlieben (für Fett und Zucker) gemeint.

Die Autoren dieser Studie konnten behaupten, dass es Individuen gibt, deren STR höher ist und deren Dopaminsystem demnach reaktiver ist, was zu einem höheren Verzehr führt.

3.1.1.3 BMI und STR haben einen kurvilinearen Zusammenhang

Schon 2004 stießen Davis, Strachan und Berkson auf ein erstaunliches Ergebnis. Sie bemerkten, dass übergewichtige Frauen eine signifikant höhere STR als normalgewichtige haben, jedoch adipöse Frauen wiederum mehr Anhedonie zeigten. Anscheinend benützten Davis et al. (2004) STR und Anhedonie als Synonym.

Contrary to our predictions, however, the relationship between STR and BMI was not a linear one. While overweight subjects were more hedonic than those of normal weight, as we expected, this pattern reversed among obese who were less sensitive to reward than the overweight subject; though they were not significantly different from the normal weight group. (S. 136)

Also kann gesagt werden, dass adipöse Personen mehr Anhedonie zeigten als übergewichtige, aber nicht weniger als normalgewichtige.

Zusätzlich wollten sie auch den Einfluss des emotionalen Überessens erheben, da schon bekannt war, dass die STR ein Risikofaktor bei Süchten darstellt. Die Forschergruppe wusste, dass Nahrung in übermäßiger Menge eine Suchtgefahr aufweist (S. 131). Es war ihnen auch bekannt, dass bei Angst und Depressivität Essen als Linderung verwendet werden kann (Bijl & Vollenberg, 2002, zitiert nach Davis et al., 2004).

Bei den 148 untersuchten Frauen, die keinen pathologischen Hintergrund aufwiesen, wurde die STR mit der „Physical Anhedonia Scale“ (PAS) von Chapman, Chapman und Raulin (1976) und das emotionale Überessen mit der „Emotional Eating Scale“ (EES, Arnow et al., 1995) ermittelt. In dieser Stichprobe gab es 33% übergewichtige und 27% adipöse Personen. Wie erwartet, zeigte sich eine positive Korrelation zwischen STR und emotionalem Überessen. Auch zwischen BMI und emotionalem Überessen war die Korrelation positiv. Signifikant war, dass adipöse Frauen bei depressiver Verstimmung (und nicht bei anderen negativen Gefühlen, wie Ärger oder Angst) mehr zum Essen neigten als übergewichtige Frauen.

Aufgrund all der letzten Studien versuchen Davis und Fox (2008), die zwei scheinbar gegensätzlichen Theorien über den Zusammenhang zwischen STR und BMI in Einklang zu bringen. Es scheint, dass sowohl eine erhöhte STR wie auch eine

zu niedrige STR zu einer Gewichtszunahme führen kann. So meinen Davis & Fox (2008): „There are many routes to obesity“ (S.47).

Die Forscher vereinten anhand eines quadratischen Regressionsmodells (siehe Abbildung 29) diese zwei Perspektiven.

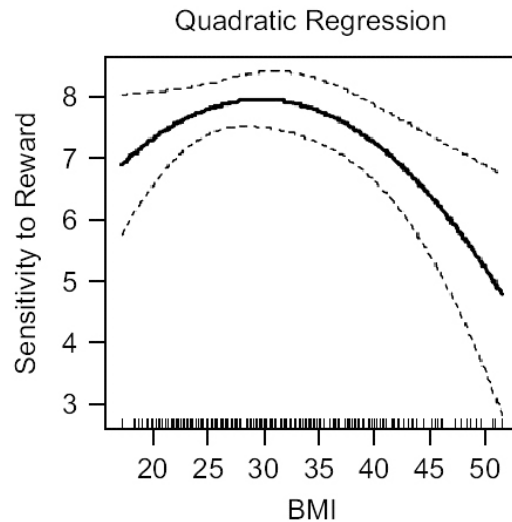


Abbildung 2: Quadratische Regression des Zusammenhangs zwischen STR und BMI für eine hypothetische Gleichverteilung von Männern und Frauen. Die zwei unterbrochenen Linien geben eine 95%ige Konfidenz um die Regressionsgerade. (Davis & Fox, 2008, S. 47)

Diese Studie ist repräsentativer als die vorherigen: es wurden viele Personen telefonisch erfasst, und zwar 369, darunter 138 Männer. Das Durchschnittsalter betrug ca. 30 Jahre, und es nahmen nicht nur Studenten teil. Keine Personen mit Komorbidität wie Depression, Binge Eating Disorder oder anderen physischen oder psychiatrischen Störungen wurden in die Umfrage einbezogen. Wie erwartet ergaben die Ermittlungen einen kurvilinearen Zusammenhang in verkehrter U-Form zwischen dem BMI und der STR, wobei der höchste Punkt bei den Übergewichtigen bzw. beim Anfang der Adipositas liegt (siehe Abb.2). Dieser Zusammenhang erinnert zum Teil an die ersten Ergebnisse von Davis et al. (2004). Somit verfeinert Davis ihr erstes Experiment. Zur Zeit ist dies der bestmögliche Erklärungsversuch des Zusammenhangs zwischen STR und BMI.

Personen mit hohem STR Wert sind mehr auf der Suche nach schmackhafter Nahrung, und in unserer Gesellschaft mit dem Überschuss an Nahrungsangebot werden sie noch mehr angeregt, mehr zu essen, was nach einiger Zeit zu Übergewicht führt. Solange kein „Überessen“, bzw. kein „Binge-Eating-Syndrom“ oder „Frustessen“ stattfindet, bleibt die STR hoch. Dies erklärt den hohen STR-Wert bei Personen mit einem BMI-Wert um 30.

Wie kommt es aber nun, dass bei den Adipösen der STR Wert wieder sinkt? Davis und Fox erklären, dass bei einem niedrigen STR zwei verschiedene Essverhalten entstehen können: Die Personen der einen Gruppe erwarten vom Essen nicht einen so hohen Genuss und essen daher einfach weniger. (Dies erklärt den niedrigeren STR-Wert bei den Normalgewichtigen.) Die Personen der anderen Gruppe versuchen, aufgrund ihres niedrigen STR-Wertes, die Essensdosis soweit zu erhöhen, dass sie den Dopaminhaushalt wieder in Schwung bringt, eben als „Selbstmedikation“ (wie in Kapitel 2.5.2 schon erwähnt). Essen wird nur mehr als Kompensation erlebt. Das hedonische Erleben beim Essen, das einen positiven Affekt bedeutet, ist dann nicht möglich. Davis et al. (2004) sprachen dies an, als sie erkannten, dass adipöse Frauen weniger Hedonie zeigten.

Davis u. Fox (2008) meinen außerdem, dass vermutlich „the causal direction of influence between the two variables is dynamic and even reciprocal“ (S. 47). STR und BMI würden sich also gegenseitig beeinflussen, und dies im Zusammenhang mit psychosozialen Faktoren.

3.1.2 Motivationstheorien bezüglich Essen

3.1.2.1 Verstärkerwert des Essens

Unter Verstärkerwert versteht man die Menge an Arbeit, die jemand bereit ist zu tun, um etwas zu erreichen (Saelens & Epstein, 1996, S. 42). Saelens und Epstein untersuchten den Verstärkerwert von Essen und konnten in ihrer Studie zeigen, dass adipöse Frauen das Essen allen anderen angenehmen Aktivitäten vorziehen, wenn sie die Wahl haben. Mit dem „Three Factor Eating Questionnaire“ von Stunkard und Messick (1985, zitiert nach Saelens & Epstein) konnten die zwei Wissenschaftler ihre Hypothese bestätigen, dass für adipöse Frauen im Vergleich zu Nicht-Adipösen schmackhaftes Essen mehr Verstärkerwert besitzt als andere passive Aktivitäten, die von Übergewichtigen als angenehm angegeben werden (zum Beispiel Computerspiele) (S. 44).

Epstein und Leddy (2006) haben später den Verstärkerwert von Essen weiter erforscht und fanden heraus, dass dieser nicht nur von der dafür geleisteten "Arbeit" abhängt, sondern auch von der sogenannten „Deprivation“, d. h. von der erlebten Entbehrung von Nahrung. Epstein, Truesdale, Woysick, Paluch und Raynor

(2003) zeigten, dass die Deprivation eine höhere Stimulation im lateralen Hypothalamus verursacht, was bei Versuchspersonen ohne Deprivation nicht der Fall war. Dementsprechend hat Essen für Personen in Deprivation einen höheren Verstärkerwert. Ein ähnliches Phänomen ist bei ehemaligen Rauchern im Entzug beobachtet worden. Bei ihnen nimmt dann statt des Rauchens das Essen einen hohen Verstärkerwert an, was meistens zu einer Gewichtszunahme vor allem am Anfang des Entzuges führt.

Auch die Rolle der Sinne beim Verstärkerwert des Essens wurde mit einer Studie von Neurowissenschaftlern um Geliebter (2006) untersucht. Anhand von Computertomographien adipöser Personen mit Binge-Eating-Störung wurde festgestellt, dass beim Ansehen besonders schmackhafter Speisen gerade jene Gehirnteile aktiviert werden, die neben der "oralen Region" liegen und den Essensdrang beeinflussen. Dies war aber nicht der Fall bei Adipösen ohne Binge-Eating-Störung, oder bei Normalgewichtigen mit Binge-Eating-Störung.

Für Adipöse hat also Essen einen größeren Verstärkerwert, was bedeutet, dass sie mehr dazu bereit sind, sich für Essen anzustrengen. Jedoch scheint es hierbei nicht darum zu gehen, dass sie das Essen mehr als anderes genießen, sondern dass der Drang zum Essen präsenter ist. Deswegen scheint der Verstärkerwert des Essens eher zum Bereich des sogenannten „Wanting“s (siehe Kapitel 2.5.3) zu gehören.

3.1.2.2 Wichtigkeit der Motivation

Obwohl viele noch glauben, dass Adipöse das Essen überdurchschnittlich genießen und deswegen übergewichtig sind, wissen wir aus den oben erwähnten Studien, dass dies nicht unbedingt stimmt. Mela (2001) bemerkte diesbezüglich, dass Genuss zwar eine wichtige Rolle bei der Nahrungswahl spielt, zum Essverhalten aber nur einen bescheidenen Beitrag leistet. Er meinte auch, dass die Schwierigkeiten bei der Kontrolle des Gewichts weniger von der Intensität des Genusses abhängen als von Problemen, welche mit Anreizen und Motivation in Zusammenhang stehen (S. 249). Mit anderen Worten kommen diese Störungen vom Wunsch, etwas zu essen, und nicht vom daraus gewonnenen Genuss.

Mela hält es für angebracht, gerade beim Essverhalten Berridges Konstrukte des „Wanting“ und „Liking“ voneinander zu unterscheiden (siehe dazu auch Kapitel 2.5.4). Damit nimmt sich der Forscher vor, die Problematik von Übergewicht unter einem neuen Ansatz zu betrachten. Die Diskrepanz zwischen den zwei Begriffen von

Berridge konnte Mela am besten klarstellen, als er herausfand, dass Adipositas keine relevante Korrelation mit einer hedonischen Antwort auf Essen hat. Somit haben Übergewichtige eine höhere Motivation zum Essen, ohne notwendigerweise einen expliziten Genuss aus sinnlicher Erfahrung der Einverleibung der Nahrung zu erleben (Mela, 2006, S. 10). Um zu erklären, wie die Motivation (also das „Wanting“) steigen kann, ohne dass das „Liking“ es ebenfalls tut, muss jetzt einiges aus der Adipositas-Forschung der letzten Jahre gesagt werden.

3.1.2.3 Rolle des „Liking“

Wie bereits in Kapitel 2.5.4 angesprochen, basieren das „Wanting“ und das „Liking“ auf verschiedenen Systemen im Gehirn. Während des Genießens beim Essen werden mehrere Stellen im Gehirn aktiviert. Berridge (2007) untersuchte, wie das „Liking“ vom Sehen, Riechen, Tasten und Schmecken von Gerichten die opioide Neurotransmission im Vorderhirn aktiviert und sogar eine Hierarchie unter diesen Empfindungen verursacht. Um dies zu veranschaulichen, beschreibt der Forscher das „Liking“ als ein Netzwerk von kleinen Inseln („hedonic hot spots“), die sich in der Schale des Nucleus Accumbens befinden. Diese Inseln werden bei schmackhaftem Essen aktiviert und bekommen einen sogenannten „pleasure gloss“, welcher genüssliches Erleben ermöglicht (Berridge 2007, S.196).

Die bewussten und unbewussten Empfindungen beim Essen sind dem „Liking“ zuzuschreiben, welches einen affektiven Zustand darstellt (Mela, 2006). Seinerseits vergleicht Berthoud (2004, S. 317) das „Liking“ mit einem Filtersystem, das die Nahrungsmittel nach dem affektiven Wert und den Motivationsgründen filtert, um dann das Verhalten dem Nahrungsmittel gegenüber zu wählen. Dieses motorische Programm wird vom „Wanting“ in Gang gesetzt, bzw. bringt „Wanting“ das „Liking“ in Aktion (Berridge, 2007).

3.1.2.4 Rolle des „Wanting“

Wie schon im Kapitel 2.5.4 angesprochen, wird „Wanting“ als Drang beziehungsweise als Motivation gesehen, welche nicht direkt mit Hedonie in Zusammenhang steht. Das „Wanting“ wird von Berridge (2007) mit einem großen See verglichen, der, wenn seine Wellen die „glühenden“ kleinen „hot spots“-Inseln (wie oben beschrieben) berühren, den Drang zum Essen anregt.

Da es noch nicht ganz geklärt ist, inwiefern „Wanting“ und „Liking“ auch unabhängig voneinander agieren können, meinen Peciña, Smith und Berridge (2006) dass dies ein „heißer Stoff“ für weitere Forschung ist. Eines ist jedoch klar: beide Konstrukte beeinflussen miteinander das Essverhalten (Peciña et al., 2006).

Die Unterscheidung zwischen dem „Wanting“ und dem „Liking“ hilft zu verstehen, wieso stark Adipöse zwar weiter den Essensdrang verspüren können, obwohl der Genuss bzw. die Hedonie nicht mehr präsent ist (siehe Davis et al., 2004). Bei einem gestörten „Wanting“, kann es sich vom „Liking“ abspalten, und es kommt zu irrationalen Verhaltensweisen: zum Beispiel zum Weiteressen, ohne dass man wirklich essen möchte (Berridge, 2004).

Mela (2006) versucht, aufbauend auf seine erste Darstellung von 2001, die zwei Konzepte und ihre Interaktion beim Essen darzustellen (siehe Abbildung 3).

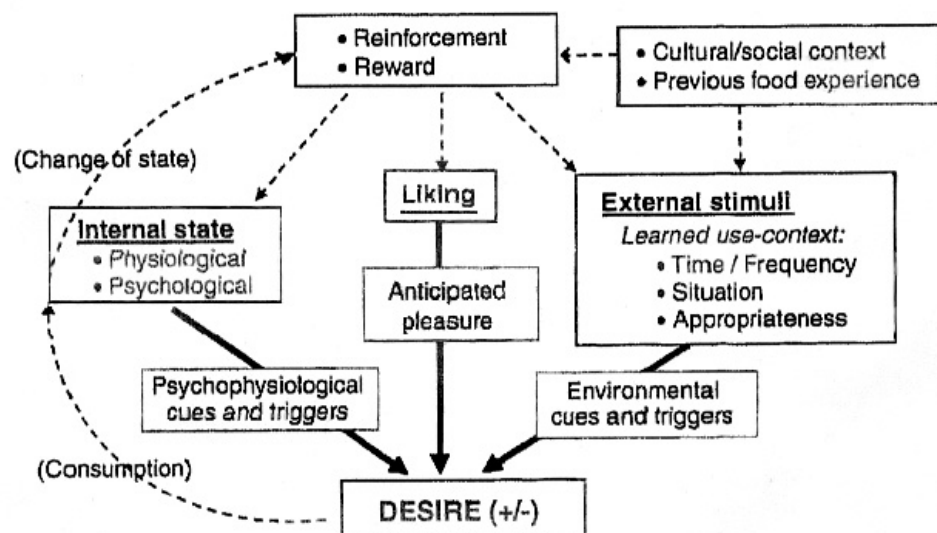


Abbildung 3: Vereinfachte schematische Darstellung der kombinierten Einflüsse vom „Liking“ (pleasure), dem inneren Zustand und den externen Stimuli in der Aneignung und Aktivierung der Lust (desire) auf Nahrung in alltäglichen Situationen. Die durchgezogenen Linien stellen direkte Einflüsse dar, die unterbrochenen Linien die zugrundeliegenden Prozesse (Mela, 2006, S. 15).

Unter „desire“ versteht Mela (2006) das „Wanting“ bzw. den Wunsch nach einer Speise. Das „Liking“ steht im Herzen des ganzen Mechanismus mit dem erwarteten Essensgenuss, was den Wert der bestimmten Speise verstärkt. Interessant sind die anderen Faktoren dieser Motivation. Links werden die inneren Zustände angeführt, die zur Verstärkung beitragen, zum Beispiel ein Stress oder Trauerzustand sowie neurologische oder körperliche Probleme. Rechts werden viele Ursachen erwähnt, die

von außen das Essverhalten beeinflussen können. Hier kann eine ganze Liste angeführt werden, von der Erziehung und dem Freundeskreis, über angelernte Schemen, Erfahrungen und kulturelle Prägung bis zu den Anreizen durch Werbung oder durch einen guten Geruch im Alltag. Wenn in diesem Zusammenspiel ein Ungleichgewicht entsteht, kann es zu einem Zustand kommen, bei dem das „Liking“ ausgeschaltet wird. Dies kann zu Essen ohne Hedonie, zu Überessen oder zu anderen Essstörungen führen (Mela, 2006).

3.1.2.5 Hedonic hunger

Dieses Schema (Abb.3) von Mela betrifft aber nicht den sogenannten „homöostatischen“ Hunger, d. h. nicht den physischen Hunger, sondern den „hedonischen“ Hunger, den Hunger nach genussvollem Erleben. Nun stellen sich Blundell und Finlayson (2004) die Frage, ob Übergewicht die Folge eines gestörten homöostatischen Hungers (zum Beispiel eines schwachen Sättigungsgefühls) oder eines Problems im hedonischen Prozess ist. Funktionieren beide Hungerformen separat voneinander oder gibt es eine Interaktion zwischen ihnen, die gestört werden und insofern zu Adipositas führen kann? (S. 21).

Es soll zwischen diesen zwei Systemen eine Reihe von Unterschieden geben. Lowe und Butryn (2007) führten z. B. eine Studie durch, bei welcher sie Süßigkeiten in die Nähe von Versuchspersonen legten, die gerade gegessen hatten, also nicht hungrig waren. Trotz Mangel an „homöostatischem“ Hunger wurde der „hedonische“ Hunger geweckt, und zwar sowohl das „Wanting“ wie das „Liking“: die meisten Personen griffen zu den Süßigkeiten. Schmackhaftigkeit und nicht Energiebedarf führte zum Essen der Süßigkeiten. Yeomans, Blundell und Leshem (2004, zitiert nach Lowe & Butryn, 2007, S. 434) zeigten als anderes interessantes Ergebnis, dass genussbereitendes Essen besser sättigt: der genussvolle Charakter einer Speise sättigt länger als eine Speise, welche mit weniger Genuss gegessen wurde. Für die Forscher ist es aber selbstverständlich, dass beide Hungersysteme sich überlappen.

Berthoud (2004) und Mela (2006) sind der Meinung, dass es selten vorkommt, dass Adipositas auf einer Störung des „homöostatischen“ Hungers basiert, denn nur in sehr seltenen Fällen ist das Sättigungsgefühl gestört. Sie meinen, dass in der heutigen Überflussgesellschaft beide Hungerformen in ihren Funktionen intakt geblieben sind, da das eigentliche Ziel darin bestand, in Zeiten von Nahrungsmangel, genug Fettreserven angelegt zu haben. Hierbei sind Speisen mit hohem Kaloriengehalt, beziehungsweise hohem Fett- und Zuckergehalt (Lowe & Butryn, 2007) besonders

„schmackhaft“, da sie die meisten Fettreserven versprechen. Heutzutage sei diese Funktion zumindest in industrialisierten Ländern nicht mehr nötig, da das Nahrungsangebot besonders hoch ist und keine Hungersnot mehr besteht. Die beiden Systeme funktionieren aber trotzdem weiter und werden von äußeren Essensreizen (ständige Erreichbarkeit von schmackhaften Speisen) überrumpelt, die zum Überessen stimulieren (Berthoud, 2004, zitiert nach Mela, 2006, S. 11). Lowe und Butryn (2007) meinen dazu:

The combination of an environment filled with highly palatable foods, and cultural norms that make these foods „psychologically available“ on an ad lib. basis, may paradoxically be a perfect recipe for the generation of both epidemic obesity and widespread hedonic hunger. (S. 438)

Unter den heutigen Umständen staunt Berridge (2007, S. 198), dass es noch so viele normalgewichtige Personen gibt. Für ihn sind nicht die Pathologien im Gehirn und auch nicht andere Störungen so sehr an der Adipositas-Epidemie schuld wie die zu leichte Erreichbarkeit von kalorienreichen Speisen, die unseren Wunsch zum Essen strapaziert. Diese ständige Verfügbarkeit kann das Dopaminsystem durch Überlastung aus dem Gleichgewicht bringen.

Die Menschen, die es heute schaffen, normalgewichtig zu bleiben, sind meistens in einem ständigen Zustand der bewussten Restriktion, die Lowe und Butryn (2007) als „eating less than one wants, rather than less than one needs“ (S. 437) beschreiben. Da dabei der Genuss auf der Strecke bleibt, ist es einleuchtend, dass viele von ihnen einen Ersatz durch andere hedonische Aktivitäten (wie Spielsucht oder Drogen) suchen (S. 432), was das Problem nicht löst.

Mela (2006) hebt hervor, dass die Gesellschaft verantwortlicher umgehen sollte, um zu sichern, dass Konsumenten durch Umweltreize nicht zu übermäßiger Essenszufuhr verführt werden. Erste Maßnahmen in diese Richtung wurden im Kapitel 1.3.2 erwähnt.

Außer dieser adipositasfördernden Umwelt gibt es aber eine Reihe von Faktoren, die es einem schwer machen, das zu genießen, was man isst, gerade wenn man übergewichtig ist. Von Natur aus sollte aber das Essen immer ein genussvolles Ereignis sein. Wenn also Essen nicht zur physiologischen Sättigung eines Hungergefühls dient und dies ohne Genuss geschieht, liegt eine Störung vor. Neben

den bereits erwähnten Problemen im neuronalen Bereich können auch auf anderen Ebenen Störungen im Genusserleben entstehen, auf welche nun eingegangen wird.

3.2 Einfluss von Komorbiditäten im Genuss-Adipositas-Zusammenhang

Personen, die Gewicht zugelegt haben, leiden nicht unbedingt an einer Störung des Genussempfindens. Wie im Kapitel 1.2 erwähnt wurde, gibt es „chronische Überesser“, die regelmäßig die Grenze der Sättigung überschreiten, weil sie gerne essen. Da der Stoffwechsel bei Menschen verschieden angesetzt ist, nehmen bei gleicher Nahrungseinnahme und ähnlicher physischer Aktivität manche Personen schneller zu als andere (siehe auch Kapitel 1.3.1).

Mit anderen Worten weist Übergewicht nicht unbedingt auf ein Genussproblem hin. Bergler und Hoff (2002) haben in ihrer Studie herausgefunden, dass es zwischen den Genusstypen (Genießer, Nichtgenießer und Genusszweifler) und dem BMI keinen Zusammenhang gebe. „So gibt es beispielsweise bei Genussverdrängern auch nicht mehr Übergewichtige“ (S. 325). Jedoch wurden hier mögliche Komorbiditäten sowohl bei Übergewichtigen als auch bei Normalgewichtigen nicht miterhoben.

Wie schon erwähnt, findet man bei Übergewichtigen bis zu einem BMI von 30 eine höhere Hedonie als bei stärker Adipösen aber auch als bei Normalgewichtigen (Davis et al. 2004). Das Problem der Schwankungen des Genussempfindens dürfte dann zum Beispiel in der Anwesenheit von Essstörungen, Depressionen oder ähnlichem liegen.

3.2.1 Einfluss von Essstörungen

Wie schon im Kapitel 1.2 erwähnt, können verschiedene Essstörungen zu einer Gewichtszunahme führen. Dazu zählen zum Beispiel die „Binge-Eating-Störung“, sowie das „Night-Eating-Syndrom“ und das „Craving“, welche meistens auch von einer oder mehreren Komorbiditäten begleitet werden.

Bei den Essstörungen findet, wie der Name schon sagt, eine Störung im Essverhalten statt. Das Essen an sich wird für die Patienten ein Problem; einerseits wird es extrem stark eingeschränkt, zum Beispiel bei einer Anorexie, andererseits führt es zu einem „ungezügelter Essanfall“ und Schamgefühlen, wie bei der Bulimie oder

einer Binge-Eating-Störung. In diesen Fällen kann die Nahrungsaufnahme nicht mehr mit richtigem Genuss erlebt werden.

Das Vorhandensein einer dieser Störungen kann bei Nichtberücksichtigung zu falschen Ergebnissen bei Studien über Adipositas und über den Genuss führen. Es ist wichtig, zwischen Adipösen mit und Adipösen ohne Essstörung zu unterscheiden, da beim Vorhandensein einer Essstörung das affektive Erleben sicherlich Defizite aufweist und somit das Genusserleben in Mitleidenschaft zieht.

Wie groß dieser Unterschied ist, wurde in der Studie von Geliebter et al. (2006) anhand von Gehirntomographien bei Adipösen und Normalgewichtigen je mit und ohne Essattacken bewiesen (siehe Kapitel 3.1.2.1). Bei adipösen „Binge-Eaters“ wurden zum Teil andere Gehirnregionen als bei Adipösen ohne Essattacken aktiviert. Bei Studien von Davis et al. (2004 bis 2008) wurde darauf geachtet, Personen mit Essattacken aus den Untersuchungen fernzuhalten, damit die Resultate nicht durch Komorbiditäten gestört werden.

3.2.1.1 Restriktives Essverhalten

Genussverzicht bei vielen Diäten wird von manchen Forschern als „Alltagsstressor“ bezeichnet (Bergler und Hoff, 2002). In Frankreich wurde vom Institut Pasteur eine Studie veröffentlicht, die zeigte, dass die Mehrheit der übergewichtigen und adipösen Frauen lieber nicht abnehmen wollen, da sie die Folgen einer Diät befürchten; vor allem hatten sie Angst davor, nicht mehr das essen zu dürfen, was ihnen schmeckt (Waysfeld, Lecerf, Klein & Filipecki, 2007). Bruch (1973) hatte schon angemerkt, dass sich einige ihrer Patienten „bei einer Diät als Menschen reduziert“ fanden (S. 257). Hermann und Polivy (1984) vertraten die Idee, dass restriktives Essverhalten Ursache von Defiziten sei.

Lindemann und Stark (2000) beobachteten Anhedonie bei Übergewichtigen in Gewichtsreduktionsprogrammen. Das Genussempfinden war bei denen, die sich aus ideologischen Gründen einschränkten, am schwächsten. Eine Studie von Doell und Hawkins, gab schon 1982 interessante Einsichten in die Forschung des Genusserlebens bei Adipositas. Übergewichtige Studenten beider Geschlechter, die an einem „Psychological Weight Control Program“ teilnahmen, zeigten weniger Genuss bei allgemein angenehmen Aktivitäten, also nicht nur beim Essen, als die normalgewichtigen Kontrollpersonen ohne Restriktion (S. 65).

Wie im Kapitel 1.3.1 gezeigt, gibt es Personen, die besonders sensibel für Essreize sind und in der Überflussgesellschaft sehr schnell Gewicht zulegen würden. Um ein Normalgewicht zu halten, müssen sie sich restriktiv ernähren (Lowe & Kral, 2006). Die „Restriktiven“ (früher „latent adipös“ genannt) sind eigentlich im ständigen Zustand des „hedonic hunger“ (siehe Kapitel 3.1.2.5). Sie empfinden gleichzeitig Stress, Frustration, Zweifel und Verwirrung im Genusserleben (Lowe & Butryn, 2007).

Mela (2001) war auch der Meinung, dass Personen, die sich restriktiv ernähren, nach einer Zeit stärker den Drang spüren, sich überessen zu wollen, ohne dass ihr Genusserleben sich dadurch steigert. Sie werden auch leichter durch Emotionen, sowie durch das Sehen und den Geruch von Lieblingsspeisen zum Essen angeregt. So beginnt zum Beispiel eine Bulimie oft mit einer Diät oder einer anorektischen Phase, also mit einem stark restriktiven Essverhalten.

Lowe et al. (1991, 1993, zitiert nach Mela, 2001) stellten aber fest, dass nur Übergewichtige, die einer rigiden Diät unterworfen waren, oder diejenigen, die mehrere misslungene Diäten hinter sich hatten, zu einem gestörten Essverhalten bzw. zum Überessen neigten. Anhand einer Studie von King et al. (1987) haben Bergler und Hoff (2002) erkannt, dass „zurückhaltende Esser“, welche „in der Vergangenheit Diäten eingehalten hatten und ein nicht konstantes Gewicht aufwiesen“ sich in der Wahrnehmung von Speisen von „Normalen“ unterscheiden. Sie teilen die Speisen „nach ‚erlaubt‘ oder nach erlebten Schuldgefühlen beim Verzehr“ (Bergler & Hoff, 2002, S. 75). Bei Personen, die zwar ihr Essverhalten kontrollieren, jedoch in einem flexiblen Rahmen, war dies nicht der Fall (Mela, 2001).

3.2.1.2 Suchtartiges Verhalten

Das Genusserlebnis besitzt immer eine bewusste, freiwillige Komponente (siehe dazu Kapitel 2.1.3). Der Genuss beim Essen und Trinken kann aber verloren gehen, wenn die Kontrolle über das Essen verschwindet. „Sicherlich gibt es Grenzen des Genießens“ meinen Bergler und Hoff (2002, S. 278). Wo aber beim Essen die Sucht anfängt, ist nicht genau zu definieren. Als Klotter (1994) über die Kultur des Genusses schrieb, meinte er: „sobald die Feinschmeckerei zu Fresserei, Gefräßigkeit und Völlerei wird, verliert sie ihren Namen“ (S. 270).

Neben Essen als Reaktion auf emotionale Spannung (Angst, Langeweile), Essen als Entspannung von Frustrationszuständen (chronische Spannung) und Essen als emotionale Krankheit (zum Beispiel Depression) erwähnt Hamburger (1951, zitiert nach Bruch, 1973) als vierte Gruppe von Überessern jene, welche Essen im Ausmaß einer Sucht zeigten. „Es war gekennzeichnet von zwanghafter, intensiver Gier nach Nahrung und hatte keinen Bezug zu äußeren Lebensereignissen oder emotionalen Aufwallungen“ (S. 161). Das Essen wird zum wichtigsten Lebensinhalt mit Vernachlässigung aller anderen Bereiche. Esssüchtige brauchen Essen, um „den Hohlraum in ihrer eigenen Seele mit Kummerspeck“ zu stopfen (Gross, 1990, S. 69). Aus der Unmöglichkeit, diesen Raum auf diese Weise zu stopfen, entsteht Suchtgefahr, da die Sättigungsgrenze nicht mehr funktioniert. Dann kann durchaus durch dieses regelmäßige Überessen eine Störung des Dopamintransports im Gehirn entstehen, wie schon in den Kapiteln 2.5.2 und 3.1.1 beschrieben.

Die dadurch entstehende Schwächung der Hedonie führt die Esssüchtigen dazu, eine große Menge zu essen, wenn sie nur ein wenig Erleichterung spüren wollen. Es ähnelt der Toleranzbildung bei Drogen, wo eine stetige Erhöhung der Dosierung nötig ist, um denselben gewünschten Effekt zu erhalten. Die Schwächung des Belohnungssystems, die eine Neigung zur Sucht bedeutet, bringt manche Personen zu zweierlei Arten von Süchten: der verhaltensbasierten und der substanzbasierten Sucht. Davis, Patte und Curtis (2008) haben eine Untersuchung bei jungen Erwachsenen mit verschiedenen Süchten durchgeführt. Sie fanden heraus, dass die Adipösen unter ihnen signifikant mehr an „activity based addiction“ litten, zu denen Einkaufen, Spielen und Sex zählen. Diese Süchte gelten als weniger stark stimulierend, und in diesem Zusammenhang erwähnten die Autoren auch das Essen. Die stärkeren Stimuli bedeuteten die „substance-based addictions“, also Nikotin, Alkohol und Drogen, welche eher von den normalgewichtigen Personen gesucht wurden, um ein ähnliches Genussempfinden zu erreichen.

Eine Studie an 20 selbsternannten „Schokoladesüchtigen“ gibt auch interessante Einsichten. Im Vergleich zur Kontrollgruppe aus Nichtsüchtigen, war der Genusseffekt bei den Schokoladesüchtigen von sehr kurzer Dauer und führte zur schnellen Wiederholung. Sie empfanden nach dem Konsum Schuldgefühle. Die Autoren dieser Studie meinten dazu: „for those who consider intake of this food to be excessive, any pleasure experienced is short lived and accompanied by feelings of guilt“ (MacDiarmid & Hetherington, 1995).

3.2.2 Einfluss von Depression

Laut ICD-10 kann Übergewicht zu Fasten motivieren, was wiederum in seltenen Fällen sogar „zu schweren depressiven Symptomen“ führen kann, was als „Fasten-Depression“ bezeichnet wird (F50.4, S. 204).

Depressive Zustände gehören meist zum Krankheitsbild von Essstörungen dazu (siehe auch Kapitel 1.2). Lindemann und Stark (2000) erwähnen in ihrer Studie, dass ein Charaktermerkmal, das den Genussverlust bei Personen mit Essstörungen erklären kann, die Depression sei, weil sie oft mit Anhedonie also „a lowered ability to experience pleasure“ einher geht (S. 266). Für jene Personen, die sich in ihrem Essverhalten nach verschiedenen Ideologien richten und laut den Forschern dadurch zu Essstörungen tendieren, ist „enjoyment of eating the source of feelings of guilt and self-dissatisfaction“ (S. 267). Neben den Schuldgefühlen haben sie also ein schlechtes Selbstbild.

Da laut ICD-10 Anhedonie und Appetitverlust zu den Symptomen von Depression gehören, wollten Pagoto et al. (2006) nachprüfen, ob Depression den Zusammenhang zwischen Adipositas und Genuss erklären kann, um so mehr da Davis et al. (2004) bei stark Adipösen Anhedonie gefunden hatten. Wider Erwarten hatte bei den Frauen Depression keinen Einfluss auf den Adipositas-Genuss-Zusammenhang. In dieser Studie zeigte sich keine Korrelation zwischen BMI und Depressionssymptomen. Die Forscher versuchten den in anderen Studien (z. B. Friedman & Brownell, 1995 zitiert nach Pagoto et al., 2006) gefundenen Zusammenhang zwischen BMI und Depression so zu erklären: „What obese individuals appear to have in common with the depressed may not be negative moods per se, but rather a restricted arsenal of positive reinforcers“ (S. 1428). Also wäre es eher eine verminderte Palette genussbereitender Möglichkeiten, die sowohl Adipositas als auch Depressionen unabhängig voneinander beeinflusst. Eine Depression würde also die Adipositas an sich nicht beeinflussen.

Es wurde immer wieder bestätigt, dass depressive Verstimmungen zu Appetit- und somit zu Gewichtsverlust führen. Jedoch erwähnen Doell und Hawkins (1982, S. 65) eine Studie von Paykel (1977), derzufolge in der Tat bei 66% der 220 klinisch als depressiv geltender Männer und Frauen ein Appetitverlust stattfand; bei 14% wurde aber der Appetit erhöht. Diese „depressiven Überesser“ waren ausschließlich Frauen, welche aber nur „leicht“ depressiv waren. Es könnte also sein, dass von den

depressiven Frauen doch einige dazu tendierten mehr zu essen, wahrscheinlich, wie schon erwähnt, als Selbstmedikation und sie somit an Gewicht zunahmen.

An solchen Beispielen wird ersichtlich, dass Nahrungsaufnahme den Zweck hat, ein emotionales Defizit auszugleichen. Bruch (1973) sagte schon, dass es Menschen gibt, „für die das Essen die mißbräuchliche Funktion hat, Probleme, die ansonsten unlösbar erscheinen, auf diese Art zu bewältigen“ (S13). „Sie finden vielleicht vorübergehend Erleichterung von Angstgefühlen und Depressionen, die sie fälschlicherweise als ‚Bedürfnis zu essen‘ interpretiert haben“ (S. 66). Somit dient „das Überessen [...] als Abwehr gegen tiefere Depressionen“ (S. 167). Durch diese Instrumentalisierung der Nahrungsaufnahme geht dann das Genusserleben an seiner Natur vorbei. Weiters meinte Bruch, dass auch geringfügig depressive Patienten essen sobald der Gedanke kommt, dass etwas schmackhaft oder genussvoll sein könnte (S. 167-168). Viele Betroffene haben anscheinend selber gemerkt, dass Genuss eine antidepressive Funktion hat (siehe Kapitel 2.1.4). Dies zeigten auch Davis et al. (2004), da adipöse Frauen bei depressiver Verstimmung mehr zum Essen neigten als übergewichtige Frauen (siehe Kapitel 3.1.1.3).

Simon et al. (2006) zeigten einen Zusammenhang zwischen Adipositas, affektiven Störungen und Angststörungen, worunter also auch Depression zu verstehen ist. Die Richtung der Kausalität sollte aber noch erforscht werden, jedoch nehmen die Forscher an, dass vermutlich beide sich gegenseitig beeinflussen. Sie zeigten auch, dass die Stigmatisierung der Gesellschaft (siehe auch Kapitel 1.4.2) eine große Rolle dabei spielt.

3.2.3 Einfluss von Angst und Stress

Depression und Angst können zusammen auftreten. Das Kapitel F41.2 des ICD-10 mit dem Titel „Angst und depressive Störung, gemischt“ spricht beispielsweise von einer Störung, bei der diese beiden Symptome verhältnismäßig milde sind. Viele Personen mit diesem Störungsbild werden aber nicht behandelt, da sie erst gar nicht „in medizinische oder psychiatrische Behandlung“ kommen (S. 163). Wahrscheinlich findet hier ein Kompensationsverhalten statt, das oft mit Essen durchgeführt wird. Bruch (1973) meinte auch: „Überessen und Fettsucht scheinen als Abwehrfunktion gegen Angst und Depression zu dienen“ (S. 165).

Wie auch Simon (2006, siehe Kapitel 3.2.2) fanden Becker, Margraf, Türke, Soeder und Neumer (2001) heraus, dass adipöse Frauen stärker an Angststörungen leiden als Nicht-Adipöse.

Mit Gehirntomographien hat eine neue Studie (Dagher, Bedrossian, Malik & McGlone, 2008) gezeigt, dass bei Gefühlen von Angst das „Angsthormon Ghrelin“ stärker im Gehirn ausgeschüttet wird, und durch kalorienreiche Speisen kann die Angst wieder besänftigt werden. Diese Forscher sprechen in diesem Sinn von „Selbstmedikation“ (siehe auch Kapitel 2.1.4 und 2.5.2). Dem Genuss von Essen wird in der Tat unter anderem ein hohes Maß an Entspannung zugesprochen (Bergler & Hoff, 2002, S. 73).

Bei posttraumatischen Belastungsstörungen zeigt sich unter anderem häufig Anhedonie, Depression und Angst (ICD-10, F43.1). Übermäßiges Essen wird im DSM-IV (S. 626) als Reaktion auf belastende Ereignisse beschrieben. Bruch (1973) hatte dies in ihren klinischen Beobachtungen bemerkt. Sie erzählte von Überlebenden aus Konzentrationslagern und von Kriegsgefangenen, die nach dem Krieg oft übergewichtig wurden (S. 168).

Emotionaler oder sexueller Missbrauch in der Kindheit, ein Trennungserlebnis oder ein Trauerfall können auch Depressionen, Angst und Suizidgedanken verursachen, wobei das übermäßige Essen als Abwehr missbraucht wird. Da Anhedonie zu all den gerade genannten Störungen gehört, ist Essen die einzige Aktivität, die gestresste Adipöse noch genießen können (Doell und Hawkins, 1982).

In den Kapiteln 1.3.1 und 3.2.1.1 wurden Personen erwähnt, die leichter zum Zunehmen neigen und sensibler für Essreize sind, weil sie ein niedriges Leptin- und ein zu hohes Cortisolniveau besitzen. Da sie dazu neigen, bei Stress mehr zu essen, ist das Scheitern der Diäten vorprogrammiert. Davis et al. (2004) erkannten eben in diesem Sinne, dass ein Zusammenhang zwischen dem BMI und dem emotionalen Überessen besteht (siehe dazu in Kapitel 3.1.1.3).

Bergler und Hoff (2002) bezeichnen auch „Genussverzicht als Stressor“ (S. 291) gerade bei Diäten. Wenn also Diäten stressig sind, kann es gut sein, dass sich diese Personen wieder durch Essen trösten. Somit entsteht ein Teufelskreis, den es zu durchbrechen gilt. In diesem Sinne meinen Lowe und Butryn (2007), dass schmackhaftes Essen einen angstlindernden Effekt hat und dass der Verzicht auf solche Nahrung zu Stress führen kann, welcher wieder die Lust auf solche Speisen weckt.

Außerdem haben Bergler und Hoff (2002) eine erhöhte Ängstlichkeit bei gleichzeitigem Frustessen bei Nicht-Genießern festgestellt (S. 310). Der Genießer hingegen kann „ohne Ängste genießen“, weil er besser mit Stress umgehen kann (S. 324). Inwiefern bei Angst und Stress das Essverhalten Genuss bringt, ist also fraglich, denn die erlebten negativen Affekte verhindern wahrscheinlich die positiven, welche der Genuss bringen würde.

3.2.4 Einfluss von Schuldgefühlen und niedrigem Selbstwert

Schuldgefühle, die gerade übergewichtige Menschen beim und nach dem Essen befallen, schwächt ihre Lebensqualität sehr, da sie das richtige Genusserleben unmöglich machen. Hebebrand et al. (2004) meinen, dass bei Adipositas die Beeinträchtigung der Lebensqualität „auch Aspekte der emotionalen Bewältigung wie Schuld- und Schamgefühle“ einbezieht. Bergler und Hoff (2002) sind auch dieser Ansicht: das „schlechte Gewissen beeinträchtigt letztlich ganz zentral die Genussfähigkeit“ (S. 307). Der ausgeprägte Nichtgenießer unterscheidet sich demnach vom Genießer durch ein „schlechtes Gewissen, wenn man alles isst, was einem schmeckt“. Das schlechte Gewissen wird „zum eigentlichen Konfliktstoff für ein genussbetontes Essen“ (S.307). Ein solches Ernährungsverhalten wird letztendlich zum psychosomatischen Risikofaktor (S. 310). In diesem Sinne isst der Nichtgenießer oft nur aus Frust.

Eine solche Korrelation zeigen auch Franken und Muris (2005). Sie bemerkten, dass „craving“ (Essgier), aber auch „guilt from craving and/or giving into them“ (S. 200)“, also schlechtes Gewissen, weil sie der Gier nicht widerstehen konnten, positiv korreliert. Dies betraf auch die „Schokoladensüchtigen“ aus der Studie von MacDiarmid und Hetherington, die Schuldgefühle nach dem Konsum empfanden (siehe Kapitel 3.2.1.2). Der Genuss, wenn überhaupt vorhanden, ist von sehr kurzer Dauer; die Schuldgefühle bleiben länger erhalten und führen letztendlich zu einem verminderten Selbstwert.

Brandt und Rozin (1997, zitiert nach Lindeman & Stark, 2000) bemerkten nicht nur bei den Gesundheitserziehern, sondern auch in den Medien eine genussfeindliche Neigung: „During recent years, abstinence of pleasure has been increasingly encouraged by the media and the health educators“ (S. 267). Lindeman und Stark meinen, dass vielleicht deswegen der Genuss mit Schuldgefühlen und Selbstunzufriedenheit in Verbindung steht. Ebenfalls erwähnt Klotter (1994), dass

heute „der Genuß durch das üblicherweise schlechte Gewissen bei der Nahrungsaufnahme kontaminiert“ ist (S. 271).

Wieso gerade Übergewichtige und Adipöse von Schuldgefühlen geplagt sind, scheint einleuchtend. In der heutigen Gesellschaft, in der Schlankheit das Schönheitsideal darstellt, wird behauptet, es sei so einfach, Gewicht zu verlieren: man bräuchte ja „nur“ weniger und gesünder zu essen, und sich mehr zu bewegen. Da dies nicht so einfach ist, wie es klingt, scheitern viele Diätversuche und führen dazu, dass die Personen glauben, sie seien unfähig und an ihrer Lage selbst schuld. Die meisten Menschen glauben, dass Dicksein Ausdruck von Willensschwäche und insgesamt der Spiegel des persönlichen Versagens ist, was den ohnehin schon geschwächten Selbstwert noch tiefer sinken lässt (siehe dazu auch Kapitel 1.4.2). Die ständige Gegenwart von Schuldgefühlen lässt das Essen zum negativen Lebenszentrum werden.

Schuldgefühle haben ihre Wurzeln in einem schwachen Selbstwertgefühl. Wer am wenigsten Selbstvertrauen hat, ist auch am wenigsten fähig zu genießen. Dies kommt aus der Genussbilanz hervor, die Bergler u. Hoff (2002) für die drei Genusstypen aufgestellt haben. Der Genießer fühlt sich wohl in seiner Haut, während der Nichtgenießer Minderwertigkeitsgefühle zeigt (S. 327). Wie schon in Kapitel 1.4.2 angesprochen, haben Doberauer und Egger (2000) gezeigt, dass Personen mit hohem BMI eine geringe Selbstwertschätzung besitzen. Die Scham, dick zu sein, und der Glaube, daran Schuld zu sein, können auch einen „Mangel an Selbstvertrauen in Beziehungen“ hervorrufen (ICD-10, F50.4, S. 203).

Um sich von unangenehmen Gefühlen, wie es beispielsweise bei Schuldgefühlen der Fall ist, zu lösen, wird das Essen erneut als Selbstmedikation missbraucht, und im nachhinein entwickelt der Übergewichtige oder Adipöse wieder Schuldgefühle, dass er „es“ schon wieder getan hat. Wie schon in Kapitel 3.2.3 angesprochen, kann so ein Teufelskreis entstehen. Um diesen Teufelskreis zu durchbrechen, muss der Betroffene sein schlechtes Gewissen ablegen. „Bisher ist bei vielen Adipösen der ‚Bewältigungsprozess‘ [ihrer Erkrankung] durch Schuldgefühle und Selbstvorwürfe gekennzeichnet“ (Hebebrand et al., 2004, S. A2470). Hebebrand et al. sind der Ansicht, dass den Betroffenen eine andere Copingstrategie als das Essen ermöglicht werden sollte.

3.3 Genusstraining als Adipositas therapie

Diät halten allein hilft bei der Heilung der Adipositas „nicht viel“ (Rolles, 2004). Neben den medizinischen Maßnahmen zur Gewichtsreduktion und neben der Bewegung ist ein wesentliches Element der Adipositas therapie natürlich psychischer Natur. So ist Rolles der Meinung: „Ein verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm, bei dem medizinische und psychologische Erkenntnisse vernetzt werden, hat die besten Erfolgsaussichten“ (S.32).

In den USA wurden verschiedene Langzeitstudien durchgeführt, um die Erfolge von Verhaltenstherapien bei der Heilung von Adipositas zu durchleuchten. Blissmer et al. (2006) kamen beispielsweise auf folgende Ergebnisse: nach 24 Jahren Therapie wurden beachtliche Besserungen in der „Health Related Quality of Life“ (HRQL) und der Vitalität der Patienten beobachtet; diese Besserungen gingen aber nicht unbedingt mit einem Gewichtsverlust einher.

Bei der Therapie werden die kognitiven Ressourcen der betroffenen Personen angesprochen, und sie sollen lernen, „auf Essen als vermeintlichen Problemlöser verzichten zu können“ (Rolles, 2004, S.33). Das Essen soll von „emotionalen Einflüssen (z. B. Angst, Wut, Frust)“ losgelöst werden. Den Teufelskreis, der durch depressive Verstimmung, Stress oder Schuldgefühle entstanden ist, gilt es so zu durchbrechen. Neben der Verbesserung des Selbstwertgefühls soll ein Umgang mit Ernährung, Figur und Gewicht erlernt werden, welcher am Wohlbefinden orientiert ist.

In diesem Sinne wird als Ziel angestrebt, das Essen wieder angenehm zu machen, und den Genuss im Rahmen von „Genussmodulen“ zu schulen, z. B. mit Hilfe der „Kleinen Schule des Genießens“ von Lutz und Koppenhöfer (1994).

Heutzutage wird – neben den verschiedenen Bausteinen der Therapie bei Adipositas – in den meisten Einrichtungen ein Genusstraining angeboten (z. B. im „Psychosomatischen Zentrum im Waldviertel“, wie auch in Deutschland in der „Parkland Klinik“). Auch in Frankreich wird in den Adipositas therapien das Wiedererwecken der fünf Sinne, insbesondere der Geschmacksempfindungen, unterstützt (z. B. bei der GROS-Therapeutengruppe um Apfeldorfer).

4 ZUSAMMENFASSUNG UND ENTWICKLUNG DER FRAGESTELLUNGEN

Die stetig steigende Anzahl adipöser Menschen hat Wissenschaftler dazu bewegt, die Ursachen und möglichen Therapieansätze zu erforschen. Vor allem auf der biologischen Ebene wurden schon viele Erkenntnisse gewonnen, und auch im psychologischen Bereich hat sich vieles getan. Es wurde erkannt, dass Adipositas multifaktoriell verursacht wird, und dass deren Bekämpfung aufgrund der adipositasfördernden Umwelt erschwert wird. Das Bild Übergewichtiger sowie Adipöser ist noch viel zu stark negativ geprägt, was die Betroffenen dazu führt, Selbstzweifel und Schuldgefühle aufzubauen. Neben den körperlichen Komorbiditäten beeinträchtigen auch psychische Probleme ihre Lebensqualität in großem Ausmaß. Davon betroffen ist natürlich die Lebenslust und folglich das Genusserleben, da dieses nur mit einem positiven Selbstbild und ohne schlechtes Gewissen möglich ist. Es zeigte sich, dass die Förderung des Genießens einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität hat.

Es wurde schon öfters versucht zu erfassen, ob Genuss bzw. genussähnliche Konstrukte einen direkten Zusammenhang mit dem BMI aufweisen. Die Ergebnisse waren teilweise unterschiedlich, manchmal sogar gegensätzlich. Da selbst die Forscher, vor allem im englischsprachigen Raum, sich über die unterschiedlichen Ergebnisse wunderten, waren viele der Meinung, dass weitere Studien durchgeführt werden sollten, um bei dieser Problematik mehr Klarheit zu schaffen. Es wurde auch der Einfluss von Komorbiditäten wie Essstörungen oder Depressionen in Betracht gezogen.

In den neuesten Untersuchungen zeigte sich, dass Personen mit sehr hohem BMI-Wert weniger belohnungssensitiv sind als leicht Übergewichtige. Jedoch erkannte man im deutschsprachigen Raum keinen Zusammenhang zwischen Genussfähigkeit und BMI; Komorbiditäten wurden dabei nicht spezifisch miterhoben.

Ein anderer interessanter Punkt ist, dass Adipöse eher bereit sind, sich für Nahrung anzustrengen als für andere Aktivitäten, welche allgemein für Adipöse als genussvoll erlebt werden.

Das Ziel dieser Arbeit ist nun, sowohl den Einfluss eines möglichen gestörten Essverhaltens als auch die beim Genießen erlebten Schuldgefühle zu erfassen. Außerdem wird die Genusspalette der verschiedenen BMI-Gruppen und deren Vielfalt und der Platz des Essens in dieser Palette erforscht.

EMPIRISCHER TEIL

1 VORGEHENSWEISE DER UNTERSUCHUNG

Das Hauptziel dieser Studie liegt darin zu untersuchen, wie und was Personen mit Übergewicht und Adipositas genießen. Hierbei wird der Einfluss eines auffälligen Essverhaltens aber auch jener der Schuldgefühle beim Genießen mituntersucht.

Ein Fragebogen über verschiedene genussbereitende Situationen soll Auskunft darüber geben, was Personen aus verschiedenen BMI-Gruppen genießen und wie sehr sie genießen. Weiters wird ein Fragebogen über das Essverhalten eingesetzt, um ein Screening über eventuelle Essstörungen, beziehungsweise ein auffälliges Essverhalten zu erhalten. In den folgenden Kapiteln wird genauer auf die Untersuchungsinstrumente eingegangen.

Wichtig erschien es für diese Fragestellung, auch Personen mit höherem BMI zu erreichen, die nicht gerade dabei sind, ihr Gewicht zu reduzieren, um einen besseren Einblick in das Genusserleben von adipösen Personen im Alltag zu bekommen. Von Interesse war es auch, nicht nur Frauen sondern auch eine Anzahl an männlichen Probanden zu erhalten.

Deswegen schien es wichtig, nicht die Patienten einer Klinik oder eines Zentrums, wo sie u. a. beim Abnehmen unterstützt werden, zu untersuchen. Es bot sich somit an, die Untersuchung mittels Online Fragebogen durchzuführen, um an diese Population heranzukommen.

Zielsetzung ist es nun, eine Aussage über das Genusserleben von Personen mit Übergewicht und Adipositas zu ermöglichen, und zu erfassen, inwiefern mögliche Essstörungen und Schuldgefühle dabei eine Rolle spielen.

2 VERWENDETE UNTERSUCHUNGSSINSTRUMENTE

2.1 Genussfelder nach Bergler und Hoff

Bergler und Hoff (2002) haben in ihrer Voruntersuchung Personen darüber befragt, was sie alles genießen. Anhand einer Faktorenanalyse wurden die

Genussfelder ermittelt, welche im Kapitel 2.4.1 des theoretischen Teils, erläutert werden.

Es ergab sich für den Bereich „Essen“ kein eigener Faktor. Da für die vorliegende Untersuchung jedoch einer der Interessenspunkte ist, den Essbereich anderen Bereichen gegenüberzustellen, wurden folgende 3 Items, die Essen und Nahrung beinhalten, aus dem „Pleasant Event Schedule“ von Mac Phillamy und Lewinsohn (1982) ins Deutsche übersetzt, um die Chancen zu erhöhen, einen Faktor ausschliesslich für Essen zu erhalten.

Meine Lieblingsspeise zubereiten („Cooking meals“)

Einen kleinen Snack zu mir nehmen („Eating snacks“)

Neue Rezepte ausprobieren („Preparing a new or special food“)

Einige wenige Items aus Bergler und Hoffs Studie wurden umgeschrieben, um eventuelle Missverständnisse zu vermeiden. Das Item „Harmonie“ wurde in „Inneres Gleichgewicht“ und „Harmonie in der Familie oder Partnerschaft“ unterteilt sowie das Item „Ins Kino, Theater, Oper, Konzert, Open Air etc. gehen“ in „Ins Kino gehen“, „ins Theater oder in die Oper gehen“ und in „Zu einem Konzert meiner Lieblingsmusikrichtung gehen“ unterteilt. Aus „Selber Sport treiben“ wurde „Sportliche Tätigkeit an sich“, aus „Blumen“ „Blumen betrachten“, aus „Sex“ „Sexuelle Aktivitäten“ und aus „Zärtlichkeit“ „Zärtlichkeiten austauschen“.

Die Testpersonen sollen bewerten, wie sehr sie die angegebenen Items genießen (7 Stufige Skala von „gar nicht“ bis „sehr“).

Anhand einer Faktorenanalyse kamen folgende 8 Faktoren heraus, die für diese Untersuchung interessant erscheinen:

Faktor 1: Liebe und Familie (Cronbach alpha = .821)

- *Zärtlichkeiten austauschen*
- *Sexuelle Aktivitäten*
- *Zusammensein mit der Familie oder dem/der Partner/in*
- *Harmonie in der Familie oder Partnerschaft*
- *mich entspannen*

Faktor 2: Nachtleben (Cronbach alpha = .739)

- *auf Partys oder in Discos gehen*
- *tanzen gehen*
- *abends ausgehen*

Faktor 3: Natur und Sport (Cronbach alpha = .748)

- *im Garten arbeiten*
- *die Natur beobachten oder in der Natur sein*
- *sportliche Tätigkeit an sich*
- *spazieren gehen*
- *Hobbys nachgehen können*

Faktor 4: Ruhe und Gemütlichkeit (Cronbach alpha = .716)

- *einen Mittagsschlaf machen*
- *faulenzen, einfach nichts tun*
- *Zeit zu haben*
- *Ruhe, Stille*
- *nachts gut schlafen*

Faktor 5: Körper (Cronbach alpha = .780)

- *Körperpflege*
- *ein Bad oder eine Dusche nehmen*
- *mich schön machen*
- *schöne Kleidung tragen*

Faktor 6: Essen (Cronbach alpha = .713)

- *einen kleinen Snack zu mir nehmen*
- *etwas Gutes Essen*
- *gut Essen gehen in einem Restaurant*

Faktor 7: Sesshafte Tätigkeiten (Cronbach alpha = .493)

- *am Computer sitzen*
- *Fernsehen oder Radio hören*
- *zu Hause sein*

Faktor 8: Genussmittel (Cronbach alpha = .442)

- *Kaffee oder Tee trinken*
- *eine Zigarette, Zigarre oder Pfeife rauchen*
- *Alkohol (Wein, Bier, Cognac etc.) trinken*

Tabelle 3 gibt jene Items wider, die inhaltlich nicht in sinnvolle Faktoren zusammengesetzt werden können, bzw. waren bei einigen Faktoren nur zwei Items vorhanden. Diese Items werden bei der Ermittlung der allgemeinen Genussintensität miteinbezogen. Die allgemeine Genussintensität der Testpersonen wurde anhand des Mittelwerts über alle Items ermittelt.

Tabelle 3: restliche Items, die nicht in sinnvolle Faktoren eingegliedert werden konnten

- anderen Menschen eine Freude bereiten	- lachen
- anderen Menschen helfen	- lesen
- Auto oder Motorrad fahren	- meine Lieblingsspeise zubereiten
- Blumen betrachten	- mich mit anderen Menschen nett unterhalten, ein gutes Gespräch führen
- Die eigentliche Tätigkeit im Beruf	- mich mit Tieren beschäftigen
- Dinge kaufen	- mit attraktiven Menschen zusammen sein
- Düfte riechen	- mit Kindern zusammen sein
- einen Stadtbummel machen	- mit netten Kollegen zusammenarbeiten
- einfach mal über etwas nachdenken	- Musik hören
- ein Sonnenbad nehmen oder mal auf die Sonnenbank gehen	- neue Rezepte ausprobieren
- Erfolg haben	- Reisen, Urlaub, Wochenendausflüge
- Freude an der Arbeit haben	- schöne Landschaften sehen
- Glück haben	- Spiele spielen
- in die Sauna gehen	- Sportveranstaltungen live miterleben
- inneres Gleichgewicht	- Wohlstand, sich etwas leisten können
- ins Kino gehen	- zu einem Konzert meiner Lieblingsmusikrichtung gehen
- ins Theater oder in die Oper gehen	- Zusammensein mit Freunden
- interessante Menschen treffen	

2.2 Fragebogen zum Ernährungsverhalten 2 (FEV II)

Obwohl es eine Vielzahl an Fragebögen gibt, die das Essverhalten erheben, und obwohl er im deutschsprachigen Raum nur selten eingesetzt wurde, wurde der FEV II für die vorliegende Untersuchung ausgesucht, weil er einer der wenigen Fragebögen ist, der auch die Komponente „Binge eating“ erfasst, was bei einer Stichprobe von Adipösen sicher nicht außer Acht gelassen werden sollte. Ein weiterer Vorteil ist, dass er recht kurz gehalten ist, was bei einer Online Untersuchung besonders wichtig ist.

Der FEV II ist die deutschsprachige Version des DEBQ (Dutch Eating Behaviour Questionnaire von van Strien, Frijters, Bergers & Defares, 1986) von Grunert (1986, zitiert nach Diehl, 2006, S. 32). Er beinhaltet 3 Skalen:

- 1 „Restriktives Essverhalten“ (Itembeispiel: „Ich versuche oft, am Abend nichts zu essen, weil ich auf mein Gewicht achte“)

2 „Gefühlsinduziertes Essverhalten“, welches in „Essen als Reaktion auf eindeutige Emotionen“ und „Essen aufgrund diffuser Gefühlsimpulse“ unterteilt wird. (Itembeispiel: *„Wenn ich irritiert bin, habe ich den Wunsch zu essen“*)

3 „Extern bestimmtes Essverhalten“ (Itembeispiel: *„Wenn ich andere essen sehe, möchte ich auch gerne etwas essen“*)

Es stehen sowohl eine Frage- als auch eine Aussageversion zur Verfügung, wobei letztere für die Untersuchung herangezogen wurde.

Die Interne Konsistenz der Skalen zeigt gute Werte (.82-.93). Als gut bis sehr gut sind auch die diskriminative Validität und die Änderungssensitivität einzuschätzen. Die faktorielle Validität jedoch ist nur teilweise belegt, da offenbar „Gefühlsinduziertes Essverhalten“ und „Extern bestimmtes Essverhalten“ das gleiche Konstrukt erfassen (Tuschen-Caffier, Pook & Hilbert, 2005).

Anhand unpublizierter Referenzwerte von Tuschen-Caffier, Pook und Hilbert zeigt sich, dass Frauen mit Bulimia Nervosa in allen 3 Skalen hohe Werte aufweisen. Frauen mit „Binge eating“ Störung wiederum weisen in den Skalen „Gefühlsinduziertes Essverhalten“ und „Extern bestimmtes Essverhalten“ hohe, jedoch in der Skala „Restriktives Essverhalten“ niedrige Werte auf.

Leider gibt es für Männer noch keine Referenzwerte; somit wurde für die vorliegende Untersuchung das obere Quartil der teilnehmenden Männer als Grenzwert für einen auffälligen Wert herangezogen.

Das Antwortformat besteht aus einer 5 Punkte Skala („niemals“, „selten“, „manchmal“, „oft“ und „sehr oft“) , anhand welcher die Probanden ankreuzen, wie häufig die Items für sie zutreffen.

2.3 Items zu Schuldgefühlen von Bergler und Hoff

Bergler und Hoff (2002) haben in ihrer Studie auch die Nachteile des Genießens untersucht, und anhand einer Faktorenanalyse zeichnet sich u.a. der Bereich „Schuldgefühle“ heraus, welcher aus folgenden 4 Items besteht:

- *wenn ich etwas genieße, dann habe ich schon manchmal das Gefühl, dass ich eine kleine Sünde begehe*
- *wenn ich etwas genieße, dann habe ich manchmal etwas Angst, dass ich das wieder bereuen muss*
- *wenn ich etwas genieße, dann bekomme ich manchmal ein schlechtes Gewissen*
- *wenn ich etwas genieße, dann schade ich meiner Figur*

Da sich diese Items einander etwas ähnlich sind, schien es nicht sinnvoll, sie im Fragebogen alle hintereinander zu reihen. Sie wurden somit in den Teil des FEV II an diverse Stellen eingefügt.

2.4 Weitere Einzelfragen

Um zusätzliche Informationen über das Essverhalten zu erhalten, wurde noch erfasst, ob die Person kompensatorisches Verhalten zeigt, nachdem sie zuviel gegessen hat (Übergeben, Fasten etc...) und, wenn es der Fall ist, seit wann und wie oft sie es macht. Der Hintergrund dieser Fragen ist der, dass im DSM IV dieses Verhalten als eines der Symptome der Bulimia Nervosa angegeben wird.

Ausserdem ist laut DSM IV eines der Symptome der Anorexie das Fehlen der Monatsblutung, weshalb bei weiblichen Probanden nach der Regelmäßigkeit dieser gefragt wurde, und, um eine Missinterpretation zu verhindern, auch ob sie schwanger sind oder die Pille nehmen.

Zusätzlich wurde erhoben, ob und wie oft der Proband schon eine Diät gemacht hat, und ob er gerade dabei ist, sein Gewicht zu reduzieren. Letztendlich wird nach eventuellen Operationen, um das Gewicht zu reduzieren (z.B. Magenband) gefragt.

3 DURCHFÜHRUNG DER UNTERSUCHUNG

Die Befragung fand im Sommer 2007 statt. Um an Personen mit hohem BMI zu kommen, wurde die Online-Adresse des Fragebogens in 4 deutschsprachige Internetforen für Übergewichtige gestellt. Normalgewichtige fanden sich in einem Studentenforum sowie im Bekanntenkreis. Um die Motivation der Probanden zu erhalten, wurde der Fragebogen so kurz wie möglich gehalten, und als Anreiz konnten die Probanden am Ende der Untersuchung an einem Gewinnspiel teilnehmen (Gewinn war ein Gutschein für ein Internet-Kaufhaus im Wert von 40 Euro). Es wurde darauf hingewiesen, dass die Email-Adresse, die für das Gewinnspiel nötig war, getrennt vom Fragebogen gespeichert wird und somit wurde die Anonymität bewahrt.

4 BESCHREIBUNG DER STICHPROBE

Ursprünglich haben 230 Personen an der Studie teilgenommen. 3 Personen mussten jedoch ausgeschlossen werden: Die Erste wies einen extrem hohen BMI-Wert auf, der darauf hindeutete, dass diese Person sich beim Eingeben der Größe und des Gewichts vermutlich geirrt hat. Die Zweite hat bei allen Items stets den selben Wert angegeben, somit ist auch hier an der Richtigkeit der Angaben zu zweifeln. Die dritte Person war noch minderjährig.

Somit haben letztendlich 227 Personen teilgenommen (ca. 75% Frauen und 25% Männer).

Der BMI wurde nach der Formel: $\text{BMI} = \text{Körpergewicht (in kg)} / \text{Körpergröße}^2 \text{ (in m)}$ berechnet, und die Personen wurden in die Gruppen „Untergewicht“ (UG, BMI < 18,5), „Normalgewicht“ (NG, BMI 18,5 – 24,9), „Übergewicht“ (ÜG, BMI 25 – 29,9), „Adipös“ (Adip, BMI 30 – 39,9) und „stark Adipös“ (Adip2, BMI > 40) unterteilt. Der niedrigste BMI-Wert betrug 16,8 und der höchste 67,6.

4.1 Demographische Daten

Tabelle 4 zeigt die Verteilung der demographischen Daten innerhalb jeder BMI-Gruppe.

Anhand einer Diskriminanzanalyse nach der schrittweisen Selektionsmethode zeigte sich, dass sich die BMI-Gruppen bei „Land“, „Alter“, „Höchste abgeschlossene Ausbildung“, „Wie oft haben Sie schon eine Diät gemacht?“ und „Familienstand“ und „Geschlecht“ unterscheiden. Die Signifikanzen wurden mittels Kruskal-Wallis-Test und bei nominalskalierten Variablen mittels Kontingenztafel geprüft.

Tabelle 4: Verteilung der demographischen Daten nach BMI-Gruppe. (UG = Untergewicht, NG = Normalgewicht, ÜG = Übergewicht, Adip = Adipositas, Adip2 = starke Adipositas)

		BMI-Gruppen (N = 227)				
		UG (N = 15)	NG (N = 90)	ÜG (N = 41)	Adip (N = 40)	Adip2 (N = 41)
Geschlecht	männlich	0 (0%)	17 (18,9%)	16 (39%)	14 (35%)	10 (24,4%)
	weiblich	15 (100%)	73 (81,1%)	25 (61%)	26 (65%)	31 (75,6%)
Alter	Durchschnitt	22,9	27,9	38,4	32,8	35,9
	Standardabweichung	2,6	8,1	14,7	8,2	7,5
Land	Österreich	14 (93,3%)	73 (81,1%)	27 (65,9%)	9 (22,5%)	1 (2,4%)
	Deutschland	1 (6,7%)	14 (15,6%)	13 (31,7%)	31 (77,5%)	40 (97,6%)
	anderes	0 (0%)	3 (3,3%)	1 (2,4%)	0 (0%)	0 (0%)
Familienstand	ledig	11 (73,3%)	51 (56,7%)	17 (41,5%)	20 (50%)	14 (34,1%)
	Verh./in fest. Par.	4 (26,7%)	37 (41,1%)	18 (43,9%)	16 (40%)	13 (31,7%)
	geschieden	0 (0%)	2 (2,2%)	6 (14,6%)	4 (10%)	13 (31,7%)
	Verwitwet	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (2,4%)
Verfügbares Geld pro Monat	unter 500	11 (73,3%)	25 (24,4%)	10 (24,4%)	10 (25%)	9 (22%)
	501-750	3 (20%)	19 (21,1%)	3 (7,3%)	3 (7,5%)	6 (14,6%)
	750-1000	1 (6,7%)	15 (16,7%)	3 (7,3%)	5 (12,5%)	5 (12,2%)
	1001-1250	0 (0%)	6 (6,7%)	8 (19,5%)	4 (10%)	5 (12,2%)
	1251-1500	0 (0%)	11 (12,2%)	6 (14,6%)	6 (15%)	3 (7,3%)
	1501-1750	0 (0%)	4 (4,4%)	2 (4,9%)	3 (7,5%)	2 (4,9%)
	1751-2000	0 (0%)	4 (4,4%)	3 (7,3%)	3 (7,5%)	3 (7,3%)
	über 2000	0 (0%)	6 (6,7%)	6 (14,6%)	6 (15%)	8 (19,5%)
Wohnsituation	allein	2 (13,3%)	22 (24,4%)	13 (31,7%)	12 (30%)	16 (39%)
	bei den Eltern	6 (40%)	18 (20%)	5 (12,2%)	6 (15%)	2 (4,9%)
	mit Partner	4 (26,7%)	29 (32,2%)	12 (29,3%)	13 (32,5%)	10 (24,4%)
	mit Partner u. Kind/er	1 (6,7%)	6 (6,7%)	6 (14,6%)	3 (7,5%)	2 (4,9%)
	mit Kind/er	0 (0%)	2 (2,2%)	3 (7,3%)	4 (10%)	10 (24,4%)
	in Wohngemeinschaft	2 (13,3%)	13 (14,4%)	1 (2,4%)	1 (2,5%)	0 (0%)
	anderes	0 (0%)	0 (0%)	1 (2,4%)	1 (2,5%)	1 (2,4%)
Höchste abgeschlossene Ausbildung	Pflichtschule	0 (0%)	1 (1,1%)	2 (4,9%)	4 (10%)	5 (12,2%)
	Lehre / Fachschule	0 (0%)	3 (3,3%)	11 (26,8%)	16 (40%)	21 (51,2%)
	Matura	12 (80%)	57 (63,3%)	20 (48,8%)	9 (22,5%)	8 (19,5%)
	Studium	3 (20%)	29 (32,2%)	8 (19,5%)	11 (27,5%)	7 (17,1%)
Wie oft haben Sie schon eine Diät gemacht?	Nie	10 (66,7%)	37 (41,1%)	13 (31,7%)	8 (20%)	6 (14,6%)
	1 Mal	1 (6,7%)	15 (16,7%)	3 (7,3%)	4 (10%)	1 (2,4%)
	2 bis 4 Mal	2 (13,3%)	18 (20%)	9 (22%)	13 (32,5%)	10 (24,4%)
	über 4 Mal	2 (13,3%)	19 (21,1%)	14 (34,1%)	15 (37,5%)	20 (48,8%)
	Fehlende Werte	0 (0%)	1 (1,1%)	2 (4,9%)	0 (0%)	4 (9,8%)
Sind Sie derzeit dabei, Ihr Gewicht zu reduzieren?	ja	4 (26,7%)	37 (41,1%)	22 (53,7%)	21 (52,5%)	23 (56,1%)
	nein	11 (73,3%)	53 (58,9%)	19 (46%)	19 (47,5%)	18 (43,9%)

Was das Alter betrifft, sind im Durchschnitt die Untergewichtigen am Jüngsten (22,9 Jahre) und die Übergewichtigen am Ältesten (38,4 Jahre), gefolgt von den stark Adipösen ($\chi^2 = 55,42$, $p = .000$). Allgemein kann man sagen, dass mit dem Alter der BMI-Wert in dieser Stichprobe steigt.

Bezüglich der höchsten abgeschlossenen Ausbildung, haben Pflichtschule und Lehre/Fachschule am häufigsten stark Adipöse (12,2% und 51,2%) angegeben. Matura

hingegen haben am meisten Übergewichtige (80%), und ein Studium am häufigsten Normalgewichtige (32,2%) absolviert ($\chi^2 = 35,47$, $p = .000$).

Schaut man sich die Häufigkeiten der gehaltenen Diäten an, so zeigte sich, dass Personen, die noch nie eine Diät gemacht haben, am häufigsten untergewichtig sind (66,7%) gefolgt von Normalgewichtigen (41,1%). Prinzipiell lässt sich erkennen, dass je höher der durchschnittliche BMI-Wert in der Gruppe ist, desto höher wird auch der Anteil jener, die schon über 4 Mal eine Diät gemacht haben (Adip2 48,8%) ($\chi^2 = 24,69$, $p = .000$).

Was den Familienstand betrifft, waren die Untergewichtigen (73,3%) am häufigsten ledig, gefolgt von den Normalgewichtigen (56,9%). Verheiratet bzw. in einer festen Beziehung waren am häufigsten die Übergewichtigen (43,9%), und geschieden oder verwitwet waren am meisten die stark Adipösen (31,7% und 2,4%) ($C = .368$, $p = .000$).

Die meisten Männer befanden sich bei den Übergewichtigen (39%) und bei den Adipösen (35%). Bei den Untergewichtigen (100%) und den Normalgewichtigen (81,1%) waren hingegen hauptsächlich Frauen präsent ($C = .234$, $p = .010$).

Die Verteilung des Landes, Alters und des Geschlechts, lässt sich durch die Erhebungstechnik erklären. Wurden doch die Normalgewichtigen hauptsächlich in einem österreichischen Studentenforum (bei welchem hauptsächlich Frauen vorhanden waren) gesucht, wogegen die Adipösen in deutschen Foren für Übergewichtige und Adipöse rekrutiert wurden. Dies erklärt ferner auch die Verteilung des Familienstandes und der höchsten abgeschlossenen Ausbildung.

Die BMI-Gruppen waren aber bezüglich des „verfügbaren Geldes pro Monat“ und „Wohnsituation“ annähernd gleichverteilt. Auch bei dem Verhältnis, von Personen, die derzeit eine Diät machen und jene, die keine machen, gab es keinen markanten Unterschied zwischen den BMI-Gruppen. Ausser bei den Untergewichtigen war bei allen das Verhältnis fast 50 zu 50.

5 Personen gaben an, sich einer Operation zur Gewichtsreduktion unterzogen zu haben. Eine Frau (BMI = 41,36) und ein Mann (BMI = 43,52) hatten eine Magenband-Operation, eine Frau (BMI = 27,76) wurde einer Gastropplastik nach Mason unterzogen, ein Mann (BMI = 67,60) hatte eine Dünndarmverkürzung und eine Frau (BMI = 19,92) eine Fettabsaugung hinter sich.

Zum Zeitpunkt der Untersuchung waren 3 Frauen schwanger, hatten aber alle 3 einen BMI-Wert im Normalbereich.

4.2 Essverhaltensgruppen

Anhand der Werte der drei Skalen des FEV II und der Angaben über eventuelles Kompensationsverhalten nach einem Überessen wurden die Testpersonen in 4 Gruppen geteilt:

- Normale Gruppe:

In dieser Gruppe befinden sich Personen, die in keiner der drei Skalen des FEV II erhöhte Werte aufweisen. Ihr Essverhalten wird dementsprechend als „normal“ eingestuft.

- Restriktive Gruppe:

Diese Personen haben nur in der Skala „Restriktives Essverhalten“ einen hohen Wert. Sie haben die Tendenz, sich sehr einzuschränken, und eventuell könnten sie eine Anorexia Nervosa aufweisen.

- Essdrang-Gruppe:

Diese Gruppe enthält Personen, die entweder eine Tendenz zur Binge-Eating-Störung oder zur Bulimia Nervosa zeigen. Sie sind gekennzeichnet durch eine erhöhte Vulnerabilität, sich zu überessen.

Eine Tendenz zur Binge-Eating-Störung wird angenommen, wenn die Personen in den Skalen „Gefühlsinduziertes Essverhalten“ und „Extern bestimmtes Essverhalten“ hohe Werte aufweisen aber nicht in der Skala „Restriktives Essverhalten“.

Personen, die in allen drei Skalen hohe Werte haben, oder sobald sie angeben, als Kompensationsverhalten, sich zu übergeben oder Abführmittel zu nehmen, werden mit Tendenz zur Bulimia Nervosa dieser Gruppe zugeteilt.

- Nicht näher bezeichnete Essverhaltensgruppe:

Alle Personen, die nicht eindeutig in eine der drei vorher angegebenen Gruppen zugeordnet werden können, finden sich in dieser Gruppe wieder. Diese Personen zeigen z. B. nur in der Skala „Gefühlsinduziertes Essverhalten“ oder nur in „Extern bestimmtes Essverhalten“ hohe Werte, bzw. einen hohen Wert bei einer dieser beiden Skalen in Kombination mit einem hohen Wert in der Skala „Restriktives Essverhalten“.

Tabellen 5a und 5b zeigen bei Männern und Frauen die Anzahl der Personen, die diesen Gruppen, pro BMI-Gruppe, zugeordnet wurden.

Tabelle 5: Verteilung der Essverhaltensgruppen nach BMI-Gruppe (UG =Untergewicht, NG = Normalgewicht, ÜG = Übergewicht, Adip = Adipositas, Adip2 = starke Adipositas)

a) Bei Männern:

BMI	Normal	Restriktiv	Essdrang	Nicht näher bez.	Gesamt
NG	5	5	1	6	17
ÜG	8	4	1	3	16
Adip	8	1	3	2	14
Adip2	4	1	2	3	10
Gesamt	25	11	7	14	57

b) Bei Frauen:

BMI	Normal	Restriktiv	Essdrang	Nicht näher bez.	Gesamt
UG	7	/	2	6	15
NG	20	12	22	19	73
ÜG	4	5	6	10	25
Adip	4	2	9	11	26
Adip2	9	6	4	12	31
Gesamt	44	25	43	58	170

Der Kruskal-Wallis-Test ergab, dass sich die Essverhaltensgruppen weder bei Frauen noch bei Männern bezüglich des BMI-Wertes unterscheiden.

5 FRAGESTELLUNGEN

Als Erstes wird untersucht, ob Männer und Frauen sich unterscheiden.

1) Unterscheiden sich Männer und Frauen bezüglich der allgemeinen Genussintensität, Genussbereiche und der wahrgenommenen Schuldgefühle beim Genießen?

1.2) Unterscheiden sich Männer und Frauen in diesen Punkten innerhalb der BMI-Gruppen?

1.3) Unterscheiden sich Männer und Frauen in diesen Punkten innerhalb der Essverhaltensgruppen?

Falls sich Frauen und Männer unterscheiden, werden in Folge für jede Fragestellung Männer und Frauen separat untersucht.

2) Unterscheiden sich Personen, die gerade eine Diät machen, von jenen die keine machen bezüglich der allgemeinen Genussintensität, Genussbereiche und der wahrgenommenen Schuldgefühle beim Genießen?

3) Gibt es Zusammenhänge zwischen dem BMI-Wert, der allgemeinen Genussintensität, den verschiedenen Genussbereichen und den wahrgenommenen Schuldgefühlen beim Genießen?

4) Gibt es innerhalb der Essverhaltensgruppen Zusammenhänge zwischen dem BMI-Wert, der allgemeinen Genussintensität, der verschiedenen Genussbereichen und der wahrgenommenen Schuldgefühlen beim Genießen?

5) Unterscheiden sich die Essverhaltensgruppen bezüglich allgemeiner Genussintensität, Genussbereiche, wahrgenommener Schuldgefühle beim Genießen und darin, ob sie derzeit eine Diät machen?

6) Unterscheiden sich die BMI-Gruppen bezüglich allgemeiner Genussintensität, Genussbereiche und wahrgenommener Schuldgefühle beim Genießen?

7) Unterscheidet sich die Genussintensität der verschiedenen Genussbereiche (*Essen, Liebe/Familie, Nachtleben, Natur/Sport, Ruhe/Gemütlichkeit, Körper, sesshafte Tätigkeiten, Genussmittel*) im allgemeinen, pro Essverhaltensgruppe und pro BMI-Gruppe?

6 STATISTISCHE AUSWERTUNG

Unabhängige Variablen sind Geschlecht, derzeitige Diät (ja/nein), BMI-Wert, BMI-Gruppe und Essverhaltensgruppe.

Als abhängige Variablen zählen:

- der allgemeine Genuss-Score (Mittelwert über alle Genuss-Items),
- der Genuss-Score der spezifischen Genussbereiche „Liebe und Familie“, „Nachtleben“, „Natur und körperliche Aktivität“, „Ruhe und Gemütlichkeit“, „Körper“, „Essen“, „Sesshafte Tätigkeiten“ und „Genussmittel“ (Mittelwert über die je zugeteilten Items)
- der Schuldgefühle-Score (mittlerer Rangplatz der Schuldgefühle-Items) und
- Derzeitige Diät (ja/nein)

Die Variablen wurden auf Homogenität der Varianzen in den Teilgruppen und auf Normalverteilung getestet. Dabei stellte sich heraus, dass fast ausschließlich weder der allgemeine Genussscore, noch die spezifischen Genussbereiche normalverteilt bzw. ihre Varianzen homogen waren. Somit wurden hauptsächlich parameterfreie Tests zur Untersuchung herangezogen.

Für die Unterschiedshypothesen wurden bei 2 Stichproben auf den Mann-Whitney-Test und bei mehreren Stichproben auf den Kruskal-Wallis-Test zurückgegriffen. Bei Unterschieden von mehreren Stichproben bei dichotomen Variablen wurden die Hypothesen anhand der Kontingenztafel geprüft.

Außerdem wurde zur Ermittlung der Unterschiede zwischen 2 Variablen der Wilcoxon-Test und zwischen mehreren verschiedenen Variablen der Friedman-Test angewandt.

Zur Untersuchung der Zusammenhangshypothesen wurde auf die Spearman-Korrelation zurückgegriffen.

Aufgrund der höheren Anzahl an statistischen Tests wird die Signifikanz anhand eines Alphas von 1% geprüft.

Zusätzlich wurden die Hypothesen auch mittels multipler Regressionen geprüft, obwohl die Voraussetzungen meist nicht gegeben waren. Diese Methode hat den Vorteil, dass mehrere Variablen im Modell berücksichtigt werden konnten: allgemeiner Genuss-Score, Geschlecht, BMI-Wert, Alter, derzeitige Diät, Schuldgefühle-Score und normales Essverhalten, wobei letzteres in zwei Gruppen geteilt wurde („normales Essverhalten“ vs. „alle drei anderen Essverhaltensgruppen“). In den meisten Fällen stimmten die Ergebnisse der Regressionen mit denen der parameterfreien Tests überein. Es werden also nur jene Ergebnisse der Regressionen angegeben, die sich von den parameterfreien Tests unterscheiden.

6.1 Hypothesenprüfung

Zur besseren Übersicht werden nur die Alternativhypothesen angegeben.

6.1.1 Unterschied zwischen Männern und Frauen

Tabelle 6 gibt einen Überblick über die Signifikanz der statistischen Tests bezüglich der Unterschiede zwischen Männern und Frauen wider.

Tabelle 6: Signifikanz der allgemeinen Unterschiede zwischen Männern und Frauen bezüglich allgemeiner Genussintensität, Genussintensität diverser Genussbereiche und wahrgenommener Schuldgefühle beim Genießen.

	Signifikanz
Allgemeine Genussintensität	p= .001, Z= -3,155 (Frauen > Männer)
Genussintensität von diversen Genussbereichen (<i>Essen, Liebe/Familie, Nachtleben, Natur/Sport, Ruhe/Gemütlichkeit, Körper, sesshafte Tätigkeiten, Genussmittel</i>)	„ Nachtleben “ p= .000, Z= -4,215 (Frauen > Männer) „ Körper “ p= .000, Z= -4,907 (Frauen > Männer)
wahrgenommene Schuldgefühle beim Genießen	p= .004, Z= -2,906 (Frauen > Männer)

Hyp1.1a Männer und Frauen unterscheiden sich bezüglich der allgemeinen Genussintensität.

Es zeigt sich ein signifikanter Unterschied (Z= -3,155, p= .001) zwischen Männern und Frauen, wobei bei Frauen die Genussintensität stärker ausgeprägt ist.

Hyp1.1b Männer und Frauen unterscheiden sich bezüglich der Genussintensität in verschiedenen Genussbereichen (*Essen, Liebe/Familie, Nachtleben, Natur/Sport, Ruhe/Gemütlichkeit, Körper, sesshafte Tätigkeiten, Genussmittel*).

Männer und Frauen unterscheiden sich signifikant in den Genussbereichen „Nachtleben“ ($Z = -4,215$, $p = .000$) und „Körper“ ($Z = -4,907$, $p = .000$). In beiden Fällen empfanden die Frauen den Bereich als genussintensiver.

Keine Unterschiede ergeben sich bei den Bereichen „Essen“, „Liebe/Familie“, „Natur/Sport“, „Ruhe/Gemütlichkeit“, „sesshafte Tätigkeiten“ und „Genussmittel“.

Hyp1.1c Männer und Frauen unterscheiden sich bezüglich der wahrgenommenen Schuldgefühle beim Genießen.

Frauen und Männer zeigen einen signifikanten Unterschied ($Z = -2,906$, $p = .004$). Frauen empfinden stärkere Schuldgefühle beim Genießen als Männer.

Die selben Unterschiede werden nun pro BMI-Gruppe geprüft. Tabelle 7 gibt einen Überblick über die Signifikanz der statistischen Tests pro BMI-Gruppe bezüglich der Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Die Gruppe der Untergewichtigen wurde ausgelassen, da diese nur aus Frauen besteht.

Tabelle 7: Signifikanz pro BMI-Gruppe der Unterschiede zwischen Männern und Frauen bezüglich allgemeiner Genussintensität, Genussintensität diverser Genussbereiche und wahrgenommener Schuldgefühle beim Genießen. (ÜG = Übergewichtig, Adip = Adipös, Adip2 = stark Adipös)

	Signifikanz
Allgemeine Genussintensität	ÜG: $p = .009$, $Z = -2,620$ (Frauen > Männer)
Genussintensität von diversen Genussbereichen (<i>Essen, Liebe/Familie, Nachtleben, Natur/Sport, Ruhe/Gemütlichkeit, Körper, sesshafte Tätigkeiten, Genussmittel</i>)	Adip: „ Nachtleben “ $p = .001$, $Z = -3,396$ (Frauen > Männer) „ Körper “ $p = .001$, $Z = -3,218$ (Frauen > Männer) Adip2: „ Körper “ $p = .000$, $Z = -3,493$ (Frauen > Männer)
wahrgenommene Schuldgefühle beim Genießen	Keine Signifikanz

Hyp1.2a Männer und Frauen unterscheiden sich **innerhalb der BMI-Gruppen** bezüglich der allgemeinen Genussintensität.

Es ergibt sich nur bei den Übergewichtigen ein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen ($Z = -2,620$, $p = .009$), wobei wieder letztere einen höheren Wert aufzeigten.

Hyp1.2b Männer und Frauen unterscheiden sich **innerhalb der BMI-Gruppen** bezüglich der Genussintensität in verschiedenen Genussbereichen (*Essen, Liebe/Familie, Nachtleben, Natur/Sport, Ruhe/Gemütlichkeit, Körper, sesshafte Tätigkeiten, Genussmittel*).

Adipöse Männer und Frauen unterscheiden sich signifikant in den Bereichen „Nachtleben“ ($Z = -3,396$, $p = .001$) und „Körper“ ($Z = -3,218$, $p = .001$).

Auch stark Adipöse Männer und Frauen unterscheiden sich signifikant im Bereich „Körper“ ($Z = -3,493$, $p = .000$). In allen Fällen sind es wieder die Frauen, die diese Bereiche intensiver genießen.

Ansonsten gab es keine signifikanten Ergebnisse.

Hyp1.2c Männer und Frauen unterscheiden sich **innerhalb der BMI-Gruppen** bezüglich der wahrgenommenen Schuldgefühle beim Genießen.

Männer und Frauen unterscheiden sich bezüglich der wahrgenommenen Schuldgefühle in keiner BMI-Gruppe voneinander. Jedoch ist in Stichprobengröße in manchen Gruppen sehr klein.

Auch pro Essverhaltensgruppe werden die Unterschiede zwischen Männern und Frauen untersucht. Tabelle 8 gibt einen Überblick über die Signifikanz der statistischen Tests pro Essverhaltensgruppe bezüglich der Unterschiede zwischen Männern und Frauen.

Tabelle 8: Signifikanz pro Essverhaltensgruppe der Unterschiede zwischen Männern und Frauen bezüglich allgemeiner Genussintensität, Genussintensität diverser Genussbereiche und wahrgenommener Schuldgefühle beim Genießen. (Normal = normales Essverhalten, Nicht näher bez. = nicht näher bezeichnetes Essverhalten)

	Signifikanz
Allgemeine Genussintensität	Keine Signifikanz
Genussintensität von diversen Genussbereichen (Essen, Liebe/Familie, Nachtleben, Natur/Sport, Ruhe/Gemütlichkeit, Körper, sesshafte Tätigkeiten, Genussmittel)	<u>Normal:</u> „Körper“ $p = .003$, $Z = -2,990$ (Frauen > Männer) <u>Nicht näher bez.:</u> „Nachtleben“ $p = .001$, $Z = -3,286$ (Frauen > Männer) „Körper“ $p = .001$, $Z = -3,184$ (Frauen > Männer)
wahrgenommene Schuldgefühle beim Genießen	Keine Signifikanz

Hyp1.3a Männer und Frauen unterscheiden sich **innerhalb der Essverhaltensgruppen** bezüglich der allgemeinen Genussintensität.

In keiner Essverhaltensgruppe ergibt sich ein signifikanter Unterschied.

Hyp1.3b Männer und Frauen unterscheiden sich **innerhalb der Essverhaltensgruppen** bezüglich der Genussintensität in verschiedenen Genussbereichen (*Essen, Liebe/Familie, Nachtleben, Natur/Sport, Ruhe/Gemütlichkeit, Körper, sesshafte Tätigkeiten, Genussmittel*).

Signifikante Unterschiede zeigen sich zwischen Männern und Frauen mit normalem Essverhalten im Bereich „Körper“ ($Z = -2,990$, $p = .003$). Auch die Männer und Frauen der Gruppe „nicht näher bezeichnete Essverhalten“ unterscheiden sich im Bereich „Körper“ ($Z = -3,184$, $p = .001$) und zusätzlich im Bereich „Nachtleben“ ($Z = -3,286$, $p = .001$). Wie schon bei den anderen Unterschieden sind es wieder die Frauen, die höhere Werte aufweisen.

In den anderen Bereichen und bei den anderen Gruppen gibt es sonst keine Unterschiede.

Hyp1.3c Männer und Frauen unterscheiden sich **innerhalb der Essverhaltensgruppen** bezüglich der wahrgenommenen Schuldgefühle beim Genießen.

In keiner Essverhaltensgruppe zeigten sich Unterschiede.

Da doch einige Unterschiede zwischen Männern und Frauen bestehen, werden bei den folgenden Hypothesen immer Männer und Frauen getrennt untersucht.

6.1.2 Einfluss einer derzeitigen Diät

In Tabelle 9 befinden sich die Ergebnisse der Unterschiede zwischen Personen, die gerade dabei sind ihr Gewicht zu reduzieren, und jenen die es nicht tun.

Tabelle 9: allgemeine Signifikanz der Unterschiede zwischen Personen die gerade dabei sind ihr Gewicht zu reduzieren, und jene die es nicht bezüglich allgemeiner Genussintensität, Genussintensität diverser Genussbereiche und wahrgenommener Schuldgefühle beim Genießen bei Männern und Frauen. (M = Männer, F = Frauen)

	Signifikanz
Allgemeine Genussintensität	F: Keine Signifikanz
	M: Keine Signifikanz
Genussintensität von diversen Genussbereichen (Essen, Liebe/Familie, Nachtleben, Natur/Sport, Ruhe/Gemütlichkeit, Körper, sesshafte Tätigkeiten, Genussmittel)	F: Keine Signifikanz
	M: Keine Signifikanz
wahrgenommene Schuldgefühle beim Genießen	F: $p = .000$, $Z = -4,320$ (Ja > Nein)
	M: $p = .006$, $Z = -2,727$ (Ja > Nein)

Hyp2.1 Personen, die gerade eine Diät machen unterscheiden sich von jenen, die keine machen bezüglich der **allgemeinen Genussintensität**.

Weder bei Männern noch bei Frauen gibt es einen signifikanten Unterschied.

Hyp2.2 Personen, die gerade eine Diät machen, unterscheiden sich von jenen, die keine machen, bezüglich der Genussintensität in **verschiedenen Genussbereichen** (Essen, Liebe/Familie, Nachtleben, Natur/Sport, Ruhe/Gemütlichkeit, Körper, sesshafte Tätigkeiten, Genussmittel).

Auch hier zeigen sich keine Unterschiede in keinem Bereich weder bei Männern noch bei Frauen.

Hyp2.3 Personen, die gerade eine Diät machen, unterscheiden sich von jenen, die keine machen, bezüglich der wahrgenommenen **Schuldgefühle** beim Genießen.

Sowohl bei Männern ($Z = -2,727$, $p = .006$) als auch bei Frauen ($Z = -4,320$, $p = .000$) gibt es einen signifikanten Unterschied. In beiden Fällen haben Personen, die gerade dabei sind ihr Gewicht zu reduzieren höhere Wert bei den wahrgenommenen Schuldgefühlen.

6.1.3 Allgemeine Zusammenhänge zwischen BMI-Wert, Genuss, Genussbereichen und wahrgenommenen Schuldgefühlen

In Tabelle 10 befinden sich die Ergebnisse der Korrelationen zwischen verschiedenen Variablen.

Tabelle 10: Allgemeine Signifikanz der Korrelationen zwischen verschiedenen Variablen. (M = Männer, F = Frauen)

	Signifikanz
BMI-Wert / Allg. Genussintensität	F: Keine Signifikanz M: $-.387$ ($p = .003$)
BMI-Wert / diverse Genussbereiche (<i>Essen, Liebe/Familie, Nachtleben, Natur/Sport, Ruhe/Gemütlichkeit, Körper, sesshafte Tätigkeiten, Genussmittel</i>)	F: Natur/Sport: $-.206$ ($p = .007$) M: Nachtleben: $-.463$ ($p = .000$) Natur/Sport: $-.452$ ($p = .000$)
BMI-Wert / Schuldgefühle	F: Keine Signifikanz M: Keine Signifikanz
Schuldgefühle / Allg. Genussintensität	F: Keine Signifikanz M: Keine Signifikanz
Schuldgefühle / diverse Genussbereiche (<i>Essen, Liebe/Familie, Nachtleben, Natur/Sport, Ruhe/Gemütlichkeit, Körper, sesshafte Tätigkeiten, Genussmittel</i>)	F: Keine Signifikanz M: Keine Signifikanz

Hyp3.1a Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem **BMI-Wert** und der allgemeinen **Genussintensität**.

Bei Männern - jedoch nicht bei Frauen - findet sich eine signifikante Korrelation von $-.387$ ($p = .003$) zwischen BMI-Wert und allgemeiner Genussintensität: Je höher der BMI-Wert der Männer, desto niedriger ist ihre allgemeine Genussintensität.

Hyp3.1b Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem **BMI-Wert** und der Genussintensität in **verschiedenen Genussbereichen** (*Essen, Liebe/Familie,*

Nachtleben, Natur/Sport, Ruhe/Gemütlichkeit, Körper, sesshafte Tätigkeiten, Genussmittel).

Sowohl bei Frauen ($-.206$, $p = .007$) als auch bei Männern ($-.452$, $p = .000$) gibt es einen negativen Zusammenhang zwischen dem BMI-Wert und dem Genussbereich „Natur/Sport“. Mit zunehmenden BMI sinkt der Genuss an diesem Genussbereich.

Bei Männern ergibt sich zusätzlich auch noch ein negativer Zusammenhang zum Bereich „Nachtleben“ ($-.463$, $p = .000$). Je höher der BMI-Wert bei Männern, desto weniger genießen sie den Bereich „Nachtleben“.

Laut multipler Regressionsanalyse hätten außerdem Personen mit hohem BMI eine niedrigere Genussintensität beim Essen ($p = .001$). Der erklärte Varianzanteil ist mit $R^2 = .096$ jedoch nicht sehr groß.

Hyp3.1c Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem **BMI-Wert** und den wahrgenommenen **Schuldgefühlen** beim Genießen.

Weder bei Männern noch bei Frauen gibt es einen Zusammenhang zwischen dem BMI-Wert und den wahrgenommenen Schuldgefühlen.

Hyp3.2a Es gibt einen Zusammenhang zwischen den wahrgenommenen **Schuldgefühlen** beim Genießen und der allgemeinen **Genussintensität**.

Auch zwischen den wahrgenommenen Schuldgefühlen und der allgemeinen Genussintensität zeigte sich weder bei Männern noch bei Frauen ein signifikanter Zusammenhang.

Hyp3.2b Es gibt einen Zusammenhang zwischen den wahrgenommenen **Schuldgefühlen** beim Genießen und der Genussintensität in **verschiedenen Genussbereichen** (*Essen, Liebe/Familie, Nachtleben, Natur/Sport, Ruhe/Gemütlichkeit, Körper, sesshafte Tätigkeiten, Genussmittel*).

Neben dem BMI-Wert, der allgemeinen Genussintensität findet bei beiden Geschlechtern auch in den verschiedenen Genussbereichen kein Zusammenhang zu den wahrgenommenen Schuldgefühlen beim Genießen statt.

Die multiple Regressionsanalyse jedoch zeigt, dass u. a. stärkere Schuldgefühle eine niedrigere Genussintensität des Essens vorhersagt ($R^2 = .127$, $p =$

.006). Die Schuldgefühle korrelieren aber negativ mit dem „normalen Essverhalten“ ($r = -.414$).

6.1.4 Zusammenhänge innerhalb der Essverhaltensgruppen zwischen BMI-Wert, Genuss, Genussbereichen und wahrgenommenen Schuldgefühlen

Tabelle 11 gibt die Signifikanzen der Korrelationen zwischen verschiedenen Variablen pro Essverhaltensgruppe wider.

Tabelle 11: Signifikanz der Korrelationen zwischen verschiedenen Variablen pro Essverhaltensgruppe. (M = Männer, F = Frauen. Normal = normales Essverhalten, Restriktiv = restriktives Essverhalten, Essdrang = Essdrang Gruppe, Nicht näher bez. = nicht näher bezeichnetes Essverhalten)

	Signifikanz
BMI-Wert / Allg. Genussintensität	F: Keine Signifikanz
	M: Keine Signifikanz
BMI-Wert / diverse Genussbereiche (<i>Essen, Liebe/Familie, Nachtleben, Natur/Sport, Ruhe/Gemütlichkeit, Körper, sesshafte Tätigkeiten, Genussmittel</i>)	F: Normal: Ruhe/Gemütlichkeit : $\text{korr} = -.410$ ($p = .008$) Restriktiv: Nachtleben : $\text{korr} = -.537$ ($p = .005$) Essdrang: sessh. Tätigkeiten : $\text{korr} = .448$ ($p = .003$) Nicht näher bez.: Natur/Sport : $\text{korr} = -.339$ ($p = .008$)
	M: Normal: Natur/Sport : $\text{korr} = -.536$ ($p = .006$)
BMI-Wert / Schuldgefühle	F: Keine Signifikanz
	M: Keine Signifikanz
Schuldgefühle / Allg. Genussintensität	F: Keine Signifikanz
	M: Keine Signifikanz
Schuldgefühle / diverse Genussbereiche (<i>Essen, Liebe/Familie, Nachtleben, Natur/Sport, Ruhe/Gemütlichkeit, Körper, sesshafte Tätigkeiten, Genussmittel</i>)	F: Keine Signifikanz
	M: Keine Signifikanz

Hyp4.1a Es gibt **innerhalb der Essverhaltensgruppen** einen Zusammenhang zwischen dem **BMI-Wert** und der allgemeinen **Genussintensität**.

Bei keiner Essverhaltensgruppe zeigt sich ein Zusammenhang zwischen dem BMI-Wert und der allgemeinen Genussintensität - weder bei Frauen noch bei Männern.

Hyp4.1b Es gibt **innerhalb der Essverhaltensgruppen** einen Zusammenhang zwischen dem **BMI-Wert** und der Genussintensität in **verschiedenen**

Genussbereichen (Essen, Liebe/Familie, Nachtleben, Natur/Sport, Ruhe/Gemütlichkeit, Körper, sesshafte Tätigkeiten, Genussmittel).

Bei den Frauen ist in jeder Essverhaltensgruppe ein Zusammenhang vorhanden. Bei den Frauen mit normalem Essverhalten steht der BMI-Wert in einem negativen Zusammenhang zum Genussbereich „Ruhe/Gemütlichkeit“ ($-.410$, $p = .008$). Bei den restriktiven Frauen korreliert der BMI-Wert hingegen mit dem Bereich „Nachtleben“ ($-.537$, $p = .005$). Frauen aus der Gruppe „Nicht näher bezeichnetes Essverhalten“ zeigen einen negativen Zusammenhang zwischen dem BMI-Wert und dem Bereich „Natur/Sport“ ($-.339$, $p = .008$). Je höher der BMI-Wert in allen dieser drei Fällen ist, desto weniger intensiv genießen die Frauen den Bereich.

Allein bei den Frauen aus der Gruppe „Essdrang“ hat der BMI-Wert eine positive Korrelation zu einem Genussbereich, nämlich dem Bereich „sesshafte Tätigkeiten“ ($.448$, $p = .003$). Mit steigendem BMI-Wert steigt auch die Genussintensität dieses Bereiches.

Bei Männern gibt es nur bei denen mit normalem Essverhalten einen Zusammenhang zwischen dem BMI-Wert und einem Bereich. Mit steigendem BMI-Wert sinkt die Genussintensität des Bereiches „Natur/Sport“ ($-.536$, $p = .006$).

Hyp4.1c Es gibt **innerhalb der Essverhaltensgruppen** einen Zusammenhang zwischen dem **BMI-Wert** und den wahrgenommenen **Schuldgefühlen** beim Genießen.

Weder bei Männern noch bei Frauen ist in irgendeiner Essverhaltensgruppe ein Zusammenhang zwischen dem BMI-Wert und den wahrgenommenen Schuldgefühlen vorzufinden.

Hyp4.2a Es gibt **innerhalb der Essverhaltensgruppen** einen Zusammenhang zwischen den wahrgenommen **Schuldgefühlen** beim Genießen und der allgemeinen **Genussintensität**.

Die wahrgenommenen Schuldgefühle beim Genießen zeigen auch keine Korrelation zur allgemeinen Genussintensität bei keiner Essverhaltensgruppe, weder bei Männern noch bei Frauen.

Hyp4.2b Es gibt **innerhalb der Essverhaltensgruppen** einen Zusammenhang zwischen den wahrgenommenen **Schuldgefühlen** beim Genießen und der Genussintensität in **verschiedenen Genussbereichen** (*Essen, Liebe/Familie, Nachtleben, Natur/Sport, Ruhe/Gemütlichkeit, Körper, sesshafte Tätigkeiten, Genussmittel*).

Auch zu keinem Genussbereich steht in keiner Essverhaltensgruppe der BMI-Wert in Zusammenhang. Und dies weder bei Frauen noch bei Männern.

6.1.5 Unterschiede zwischen den Essverhaltensgruppen bezüglich Genuss, Genussbereichen, wahrgenommenen Schuldgefühlen und derzeitigen Diät

Tabelle 12 gibt einen Überblick über die signifikanten Unterschiede zwischen den Essverhaltensgruppen bezüglich der allgemeinen Genussintensität, der Genussintensität von diversen Genussbereichen, der wahrgenommenen Schuldgefühle beim Genießen und der derzeitigen Diät.

Tabelle 12: Signifikante Unterschiede zwischen den Essverhaltensgruppen bezüglich allgemeiner Genussintensität, Genussintensität diverser Genussbereiche, wahrgenommener Schuldgefühle beim Genießen und derzeitigen Diät bei Männern und Frauen. (M = Männer, F = Frauen. Normal = normales Essverhalten, Restriktiv = restriktives Essverhalten, Essdrang = Essdrang Gruppe, Nicht näher bez. = nicht näher bezeichnetes Essverhalten)

	Signifikanz
Allgemeine Genussintensität	F: Keine Signifikanz M: Keine Signifikanz
Genussintensität von diversen Genussbereichen (<i>Essen, Liebe/Familie, Nachtleben, Natur/Sport, Ruhe/Gemütlichkeit, Körper, sesshafte Tätigkeiten, Genussmittel</i>)	F: Essen $p = .001$, $\chi^2 = 16,365$ M: Keine Signifikanz
Wahrgenommene Schuldgefühle beim Genießen	F: $p = .000$, $\chi^2 = 40,276$ M: Keine Signifikanz
Derzeit Diät?	F: $p = .000$, $C = .318$ M: $p = .000$, $C = .492$

Hyp5.1 Die Essverhaltensgruppen unterscheiden sich bezüglich der **allgemeinen Genussintensität**.

Weder bei Männern noch bei Frauen gibt es bezüglich der allgemeinen Genussintensität einen Unterschied zwischen den Essverhaltensgruppen.

Die multiple Regressionsanalyse zeigt jedoch, dass u. a. ein „normales Essverhalten“ (vs. den anderen 3 Gruppen) eine niedrigere allgemeine Genussintensität vorhersagt ($R^2 = .147$, $p = .006$).

Hyp5.2 Die Essverhaltensgruppen unterscheiden sich bezüglich der Genussintensität in **verschiedenen Genussbereichen** (*Essen, Liebe/Familie, Nachtleben, Natur/Sport, Ruhe/Gemütlichkeit, Körper, sesshafte Tätigkeiten, Genussmittel*).

Allein bezüglich des Genussbereiches „Essen“ und nur bei Frauen unterscheiden sich die Essverhaltensgruppen voneinander ($\chi^2 = 16,365$, $p = .001$). Frauen mit normalem Essverhalten genießen signifikant weniger als Frauen aus der "Essdrang Gruppe" ($Z = -3,771$, $p = .000$). Jedoch gibt es in beiden Fällen keinen Unterschied zu den restriktiven Frauen.

Hyp5.3 Die Essverhaltensgruppen unterscheiden sich bezüglich der wahrgenommenen **Schuldgefühle** beim Genießen.

Bei den Frauen gibt es einen signifikanten Unterschied zwischen den Essverhaltensgruppen bezüglich der wahrgenommenen Schuldgefühle beim Genießen ($\chi^2 = 40,276$, $p = .000$). Während Frauen mit normalem Essverhalten signifikant weniger Schuldgefühle als alle anderen drei Gruppen aufweisen (zur restriktiven Gruppe: $Z = -3,984$, $p = .000$; zur Essdrang-Gruppe: $Z = 5,953$, $p = .000$; zur der nicht näher bezeichneten Essverhaltensgruppe: $Z = -4,118$, $p = .000$), gibt es zwischen den Frauen aus der "Essdrang Gruppe" und Frauen mit restriktivem Essverhalten keinen Unterschied.

Hyp5.4 Die Essverhaltensgruppen unterscheiden sich bezüglich einer **derzeitigen Diät**.

Sowohl bei Männern ($C = .492$, $p = .000$) als auch bei Frauen ($C = .318$, $p = .000$) unterscheiden sich die Essverhaltensgruppen, wenn es darum geht, ob die Personen gerade dabei sind, ihr Gewicht zu reduzieren oder nicht.

Bei den restriktiven Männer machen 90,9% eine Diät; bei den Männern aus der Gruppe „Essdrang“ sind es immerhin 75% und bei den Männern mit „nicht näher

bezeichnetem Essverhalten“ noch 35,7%. Nur bei Männern mit normalem Essverhalten sind nur 16% dabei, ihr Gewicht zu reduzieren.

Bei den Frauen sind es auch die Restriktiven, die am meisten dabei sind, ihr Gewicht zu reduzieren (73,1%), gefolgt von den Frauen der Gruppe „Essdrang“ (62,8%). Bei den Frauen mit „nicht näher bezeichnetem Essverhalten“ machen knapp unter der Hälfte eine Diät (48,3%). Auch bei den Frauen sind es nur jene mit normalem Essverhalten, die am wenigsten Diät machen (24,4%).

6.1.6 Unterschiede zwischen den BMI-Gruppen bezüglich Genuss, Genussbereiche, wahrgenommener Schuldgefühle

Da bei dieser Untersuchung keine Männer mit Untergewicht teilgenommen haben, wurden bei den Männern nur die vier übrigen BMI-Gruppen miteinander verglichen.

Tabelle 13 gibt einen Überblick über die signifikanten Unterschiede zwischen den BMI-Gruppen bezüglich der allgemeinen Genussintensität, der Genussintensität von diversen Genussbereichen und der wahrgenommenen Schuldgefühle beim Genießen.

Tabelle 13: Signifikante Unterschiede zwischen den BMI-Gruppen bezüglich allgemeiner Genussintensität, Genussintensität diverser Genussbereiche und wahrgenommener Schuldgefühle beim Genießen bei Männern und Frauen. (M = Männer, F = Frauen. UG= Untergewichtig, NG= Normalgewichtig, ÜG = Übergewichtig, Adip = Adipös, Adip2 = stark Adipös)

	Signifikanz
Allgemeine Genussintensität	F: Keine Signifikanz M: Keine Signifikanz
Genussintensität von diversen Genussbereichen (Essen, Liebe/Familie, Nachtleben, Natur/Sport, Ruhe/Gemütlichkeit, Körper, sesshafte Tätigkeiten, Genussmittel)	F: „Natur/Sport“ $p=.006$, $\chi^2= 14,310$ „Körper“ $p= .008$, $\chi^2= 13,657$ M: „Nachtleben“ $p= .001$, $\chi^2= 15,630$ „Natur/Sport“ $p=.001$, $\chi^2= 15,886$
wahrgenommene Schuldgefühle beim Genießen	F: Keine Signifikanz M: Keine Signifikanz

Hyp6.1 Die BMI-Gruppen unterscheiden sich bezüglich der **allgemeinen Genussintensität**.

Bezüglich der allgemeinen Genussintensität unterscheiden sich weder bei Männern noch bei Frauen die BMI-Gruppen voneinander.

Hyp6.2 Die BMI-Gruppen unterscheiden sich bezüglich der Genussintensität in **verschiedenen Genussbereichen** (*Essen, Liebe/Familie, Nachtleben, Natur/Sport, Ruhe/Gemütlichkeit, Körper, sesshafte Tätigkeiten, Genussmittel*).

Sowohl bei Männern ($\chi^2 = 15,886$, $p = .001$) als auch bei Frauen ($\chi^2 = 14,310$, $p = .006$) unterscheiden sich die BMI-Gruppen im Bereich „Natur/Sport“. In beiden Fällen genießen die Normalgewichtigen signifikant mehr als die Adipösen (bei Frauen: $Z = -3,016$, $p = .002$; bei Männer: $Z = -3,004$, $p = .002$) und stark Adipösen (bei Frauen: $Z = -2,811$, $p = .005$; bei Männer: $Z = -3,124$, $p = .001$). Zu den Übergewichtigen gibt es aber keinen Unterschied.

Die BMI-Gruppen unterscheiden sich bei den Frauen auch im Bereich „Körper“ voneinander ($\chi^2 = 13,657$, $p = .008$). Die normalgewichtigen Frauen genießen signifikant weniger diesen Bereich als die Adipösen ($Z = -2,633$, $p = .008$) und stark Adipösen ($Z = -2,786$, $p = .005$). Hier gibt es wieder in allen Fällen keinen Unterschied zu den Übergewichtigen.

Bei den Männern unterscheiden sich die BMI-Gruppen zusätzlich im Bereich „Nachtleben“ ($\chi^2 = 15,630$, $p = .001$). Die normalgewichtigen Männer genießen signifikant stärker diesen Genussbereich als alle anderen BMI-Gruppen (Übergewichtig: $Z = -3,147$, $p = .001$; Adipös: $Z = -3,252$, $p = .001$; stark Adipös: $Z = -2,747$, $p = .005$).

Hyp6.4 Die BMI-Gruppen unterscheiden sich bezüglich der wahrgenommenen **Schuldgefühle** beim Genießen.

Weder bei Männern noch bei Frauen unterscheiden sich die BMI-Gruppen bezüglich der wahrgenommenen Schuldgefühle beim Genießen voneinander.

6.1.7 Unterschiede zwischen den Genussbereichen

Es wird untersucht, ob die verschiedenen Genussbereiche sich unterscheiden. Das Hauptaugenmerk liegt hier auf dem Bereich des Essens. Die anderen Bereiche werden untereinander nicht weiter verglichen.

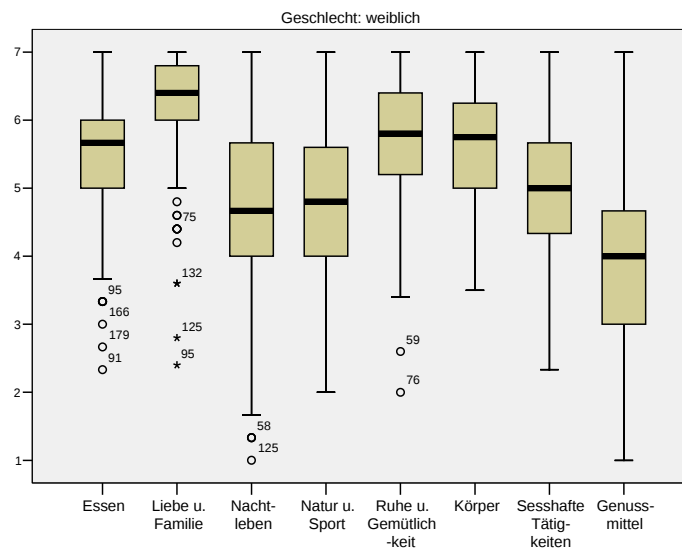
Bei allen folgenden Hypothesen fiel der Unterschied zwischen den Bereichen signifikant aus (χ^2 zw. 393,613 und 22,695 mit p zw. .000 und .002). Es werden in Folge nur mehr die Unterschiede zwischen einerseits dem Bereich „Essen“ und andererseits den restlichen Genussbereichen angegeben.

Hyp7.1 Die Genussintensität der verschiedenen Genussbereiche unterscheidet sich (*Essen, Liebe/Familie, Nachtleben, Natur/Sport, Ruhe/Gemütlichkeit, Körper, sesshafte Tätigkeiten, Genussmittel*).

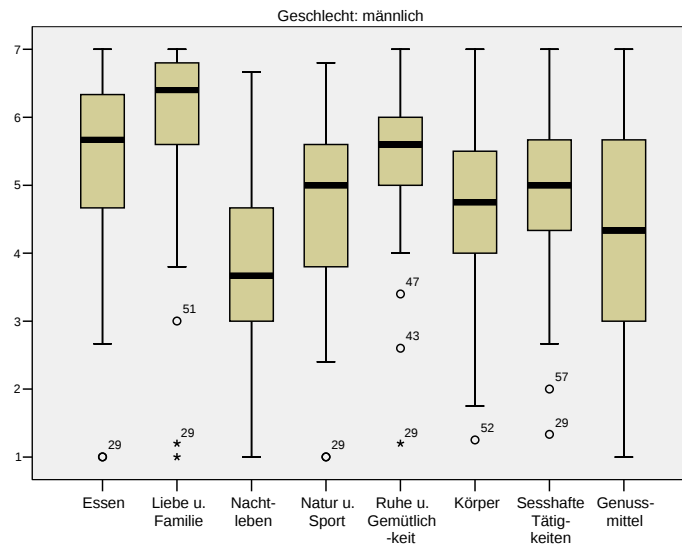
Bei Frauen haben „Liebe/Familie“ ($Z = -7,921$, $p = .000$) und „Ruhe/Gemütlichkeit“ ($Z = -3,905$, $p = .000$) einen signifikant höheren Wert als „Essen“. Jedoch unterscheidet sich „Essen“ nicht von „Körper“. „Essen“ erreicht einen signifikant höheren Wert als „Nachtleben“ ($Z = -5,772$, $p = .000$), „Natur/Sport“ ($Z = -5,719$, $p = .000$), „sesshafte Tätigkeiten“ ($Z = -4,887$, $p = .000$) und „Genussmittel“ ($Z = -9,507$, $p = .000$).

Auch bei den Männern erreicht „Essen“ einen signifikant niedrigeren Wert als „Liebe/Familie“ ($Z = -3,423$, $p = .001$). „Essen“ unterscheidet sich hingegen nicht von „Ruhe/Gemütlichkeit“. Folgende Bereiche haben einen signifikant niedrigeren Wert als „Essen“: „Nachtleben“ ($Z = -5,600$, $p = .000$), „Natur/Sport“ ($Z = -3,579$, $p = .000$), „Körper“ ($Z = -4,077$, $p = .000$), „sesshafte Tätigkeiten“ ($Z = -3,049$, $p = .002$) und „Genussmittel“ ($Z = -4,691$, $p = .000$).

Abbildungen 4a und 4b zeigen den Boxplot der Genussbereiche bei Männern und Frauen.



a) bei Frauen



b) bei Männern

Abbildung 4: Boxplot der Genussbereiche

Hyp7.2 **Pro Essverhaltensgruppe** unterscheidet sich die Genussintensität der verschiedenen Genussbereiche (*Essen, Liebe/Familie, Nachtleben, Natur/Sport, Ruhe/Gemütlichkeit, Körper, sesshafte Tätigkeiten, Genussmittel*).

Gruppe „Normales Essverhalten“:

Bei Frauen mit normalem Essverhalten erreicht „Essen“ einen signifikant niedrigeren Wert als „Liebe/Familie“ ($Z = -5,001, p = .000$) und als „Ruhe/Gemütlichkeit“ ($Z = -3,322, p = .001$).

Hingegen unterscheidet sich „Essen“ nicht von „Nachtleben“, „Natur/Sport“, „Körper“, und „sesshafte Tätigkeiten“.

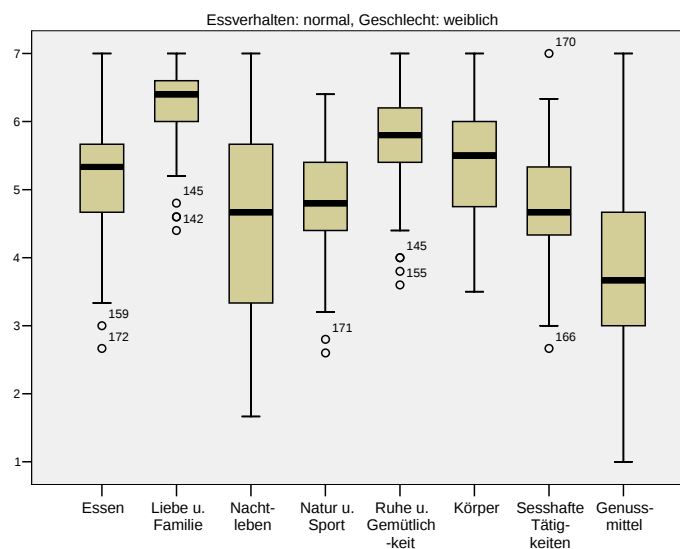
Lediglich „Genussmittel“ ($Z = 4,216$, $p = .000$) hat einen signifikant niedrigeren Wert als „Essen“.

Auch bei den Männern der Gruppe „Normales Essverhalten“ erreicht „Liebe/Familie“ ($Z = -2,598$, $p = .009$) einen signifikant höheren Wert als „Essen“.

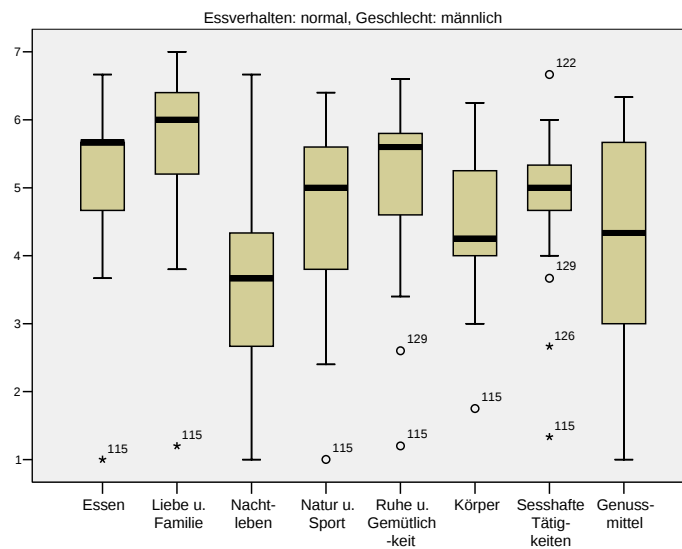
Folgende Bereiche unterscheiden sich aber nicht von „Essen“: „Natur/Sport“, „Ruhe/Gemütlichkeit“, „sesshafte Tätigkeiten“ und „Genussmittel“.

Kleinere Werte als „Essen“ zeigen sich bei „Nachtleben“ ($Z = -3,740$, $p = .000$) und „Körper“ ($Z = -2,639$, $p = .008$).

Abbildungen 5a und 5b geben den Boxplot der Genussbereiche bei Männern und Frauen der Gruppe „Normales Essverhalten“ wider.



a) bei Frauen



b) bei Männern

Abbildung 5: Boxplot der Genussbereiche der Gruppe „Normales Essverhalten“.

Gruppe „Restriktiv“:

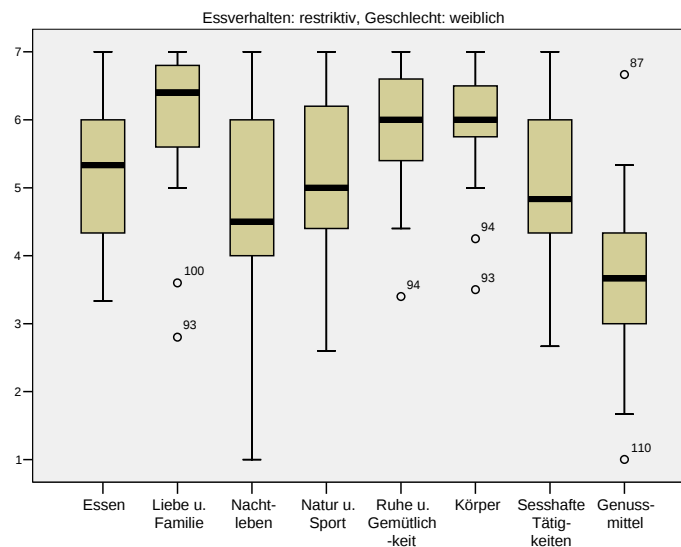
Bei den Frauen mit restriktivem Essverhalten erzielen „Liebe/Familie“ ($Z = -3,620$, $p = .000$), „Ruhe/Gemütlichkeit“ ($Z = -3,387$, $p = .001$) und „Körper“ ($Z = -2,845$, $p = .004$) einen signifikant höheren Wert als „Essen“.

Keine Unterschiede zeigen sich zwischen „Essen“ und den Bereichen „Nachtleben“, „Natur/Sport“ und „sesshafte Tätigkeiten“.

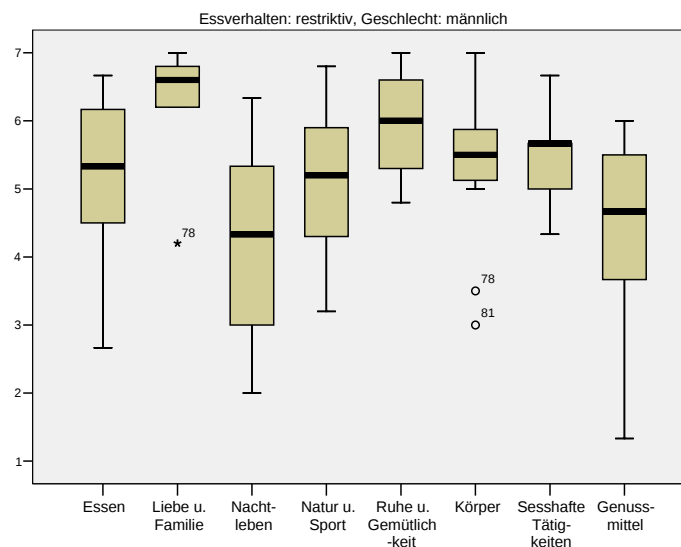
Nur „Genussmittel“ ($Z = -3,993$, $p = .000$) erreicht einen signifikant kleineren Wert als „Essen“.

Bei den restriktiven Männern gibt es zwischen „Essen“ einerseits und den anderen Genussbereichen andererseits keine Unterschiede.

Abbildungen 6a und 6b zeigen den Boxplot der Genussbereiche bei Männern und Frauen der Gruppe „Restriktives Essverhalten“.



a) bei Frauen



b) bei Männern

Abbildung 6: Boxplot der Genussbereiche der Gruppe „Restriktives Essverhalten“.

Gruppe „Essdrang“:

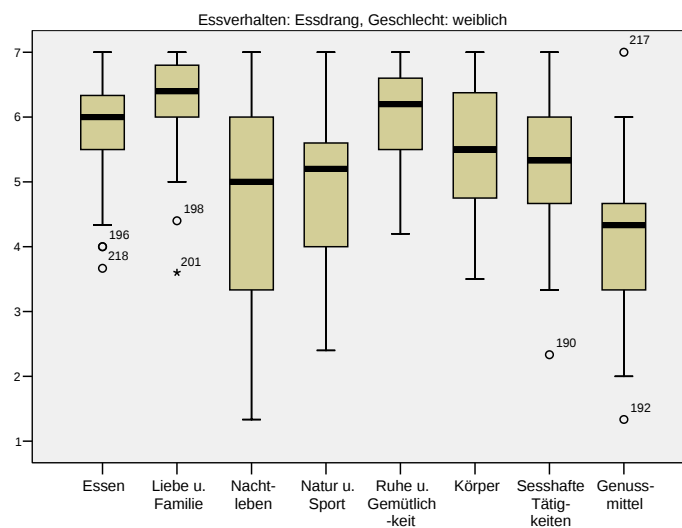
Bei den Frauen aus der Gruppe „Essdrang“ erreicht nur „Liebe/Familie“ einen höheren Wert als „Essen“ ($Z = -3,187$, $p = .001$).

Kein Unterschied zeigt sich zwischen „Essen“ und „Ruhe/Gemütlichkeit“ und „Körper“.

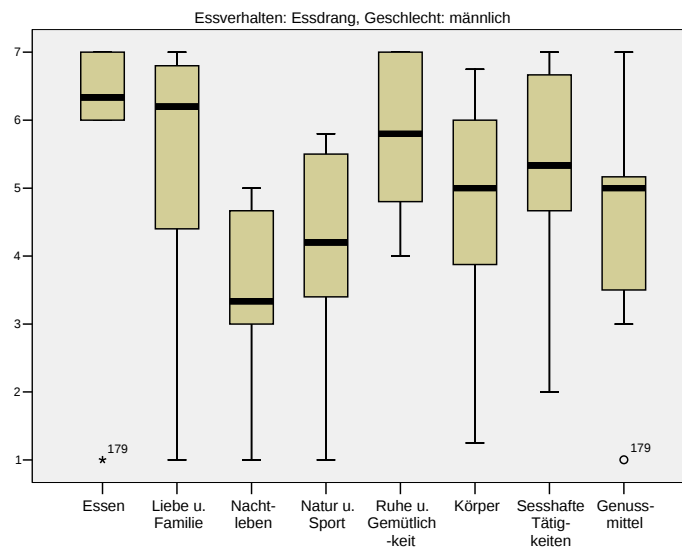
„Essen“ hat aber einen signifikant höheren Wert als „Nachtleben“ ($Z = -3,480$, $p = .001$), „Natur/Sport“ ($Z = -4,202$, $p = .000$), „sesshafte Tätigkeiten“ ($Z = -3,129$, $p = .002$) und „Genussmittel“ ($Z = -5,129$, $p = .000$).

Wie bei den Männern aus der Gruppe „restriktives Essverhalten“ gibt es auch bei den Männern der Gruppe „Essdrang“ keinen Unterschied zwischen Essen einerseits und den restlichen Genussbereichen andererseits. Jedoch sei hier darauf hinzuweisen, dass diese Gruppe nur aus 7 Personen besteht.

In Abbildungen 7a und 7b befindet sich der Boxplot der Genussbereiche bei Männern und Frauen der Gruppe „Essdrang“.



a) bei Frauen



b) bei Männern

Abbildung 7: Boxplot der Genussbereiche der Gruppe „Essdrang“.

Gruppe „Nicht näher bezeichnetes Essverhalten“:

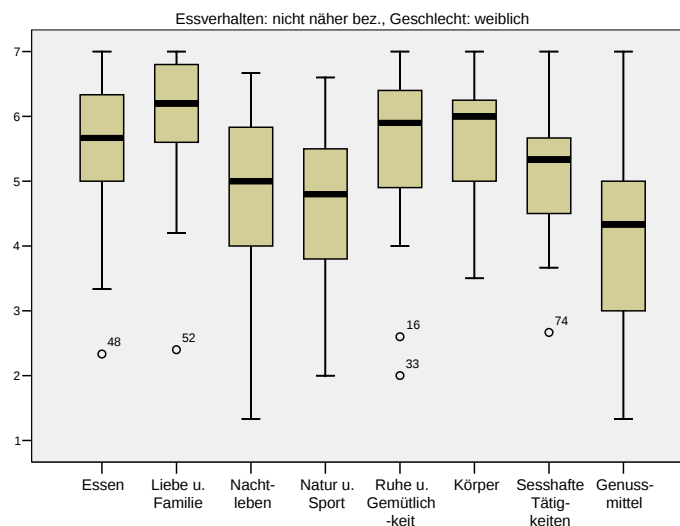
Bei den Frauen der Gruppe „Nicht näher bezeichnetes Essverhalten“, erreicht wie schon öfters „Liebe/Familie“ ($Z = -4,006$, $p = .000$) einen höheren Wert als „Essen“.

„Essen“ unterscheidet sich hier aber nicht von „Ruhe/Gemütlichkeit“ und „Körper“. Folgende Bereiche erzielen einen signifikant niedrigeren Wert als „Essen“: „Nachtleben“ ($Z = -3,949$, $p = .000$), „Natur/Sport“ ($Z = -4,344$, $p = .000$), „sesshafte Tätigkeiten“ ($Z = -3,388$, $p = .001$) und „Genussmittel“ ($Z = -5,489$, $p = .000$).

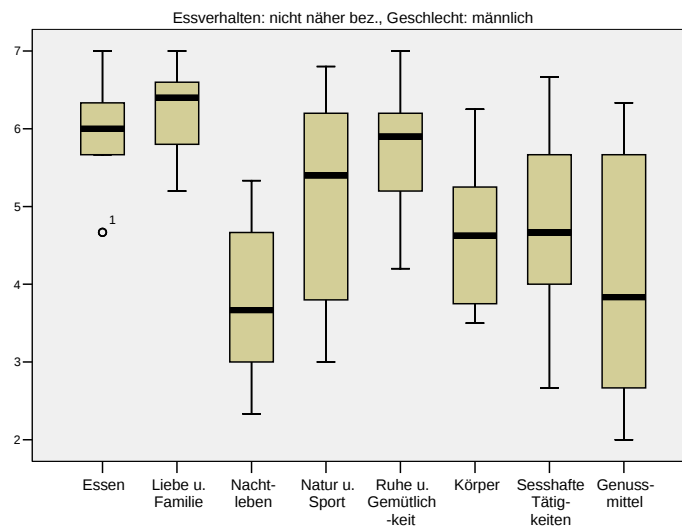
Bei den Männern dieser Gruppe hingegen unterscheidet sich „Essen“ nicht von „Liebe/Familie“, „Natur/Sport“ und „Ruhe/Gemütlichkeit“.

„Essen“ erreichte aber einen signifikant höheren Wert als „Nachtleben“ ($Z = -3,301$, $p = .001$), „Körper“ ($Z = -2,889$, $p = .004$), „sesshafte Tätigkeiten“ ($Z = -2,920$, $p = .004$) und „Genussmittel“ ($Z = -2,974$, $p = .003$).

Abbildungen 8a und 8b zeigen den Boxplot der Genussbereiche bei Männern und Frauen der Gruppe „Nicht näher bezeichnetes Essverhalten“.



a) bei Frauen



b) bei Männern

Abbildung 8: Boxplot der Genussbereiche der Gruppe „Nicht näher bezeichnetes Essverhalten“.

Hyp7.3 **Pro BMI-Gruppe** unterscheidet sich die Genussintensität der verschiedenen Genussbereiche (*Essen, Liebe/Familie, Nachtleben, Natur/Sport, Ruhe/Gemütlichkeit, Körper, sesshafte Tätigkeiten, Genussmittel*).

Untergewichtig:

Bei den Frauen mit Untergewicht unterscheidet sich „Essen“ weder von „Liebe/Familie“ noch von „Nachtleben“, „Natur/Sport“, „Ruhe/Gemütlichkeit“, „Körper“ und „sesshafte Tätigkeiten“.

Lediglich „Genussmittel“ ($Z = -2,641$, $p = .008$) hat einen signifikant kleineren Wert als „Essen“.

In Abbildung 9 befindet sich der Boxplot der Genussbereiche bei den untergewichtigen Frauen.

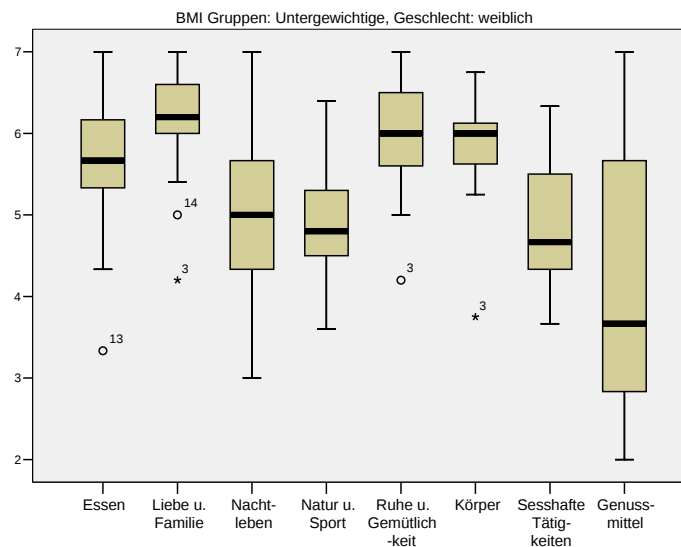


Abbildung 9: Boxplot der Genussbereiche bei Frauen mit Untergewicht.

Normalgewichtig:

„Liebe/Familie“ ($Z = -5,968$, $p = .000$) und „Ruhe/Gemütlichkeit“ ($Z = -2,690$, $p = .007$) erreichen bei normalgewichtigen Frauen einen signifikant höheren Wert als „Essen“. Kein Unterschied zeigt sich zwischen „Essen“ und „Körper“.

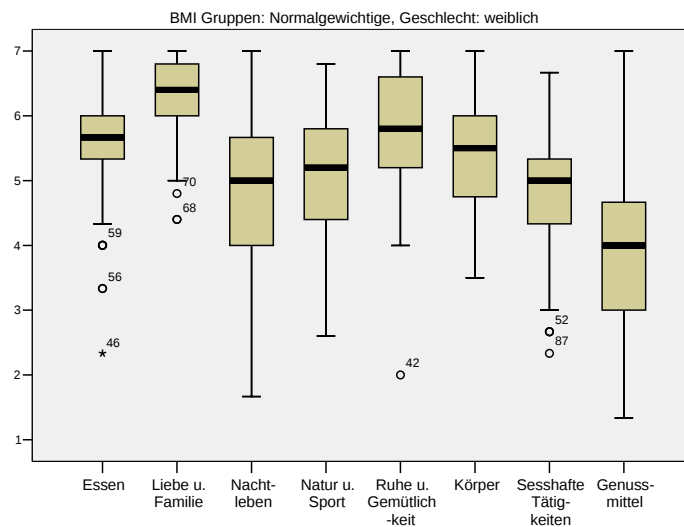
Die Bereiche „Nachtleben“ ($Z = -3,893$, $p = .000$), „Natur/Sport“ ($Z = -3,088$, $p = .002$), „sesshafte Tätigkeiten“ ($Z = -4,951$, $p = .000$) und „Genussmittel“ ($Z = -6,530$, $p = .000$) haben einen signifikant niedrigeren Wert als „Essen“.

Auch bei den normalgewichtigen Männern hat „Liebe/Familie“ ($Z = -3,105$, $p = .002$) einen signifikant höheren Wert als „Essen“.

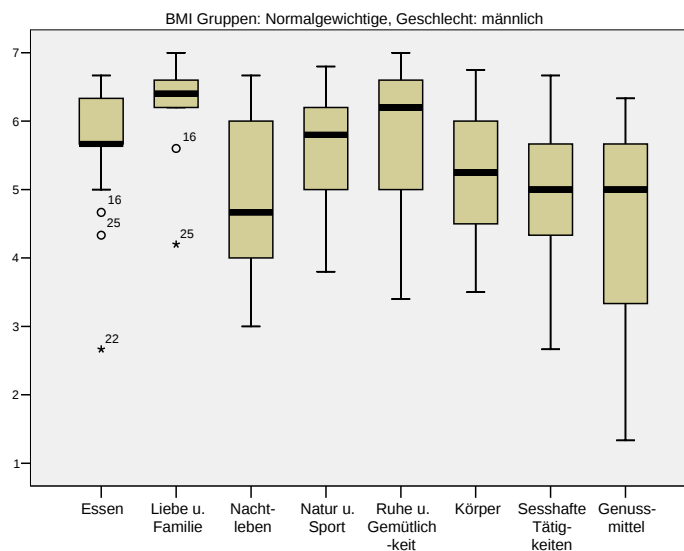
„Nachtleben“, „Natur/Sport“, „Ruhe/Gemütlichkeit“, „Körper“ und „sesshafte Tätigkeiten“ unterscheiden sich jedoch nicht von „Essen“.

Nur „Genussmittel“ ($Z = -2,669$, $p = .008$) zeigt einen signifikant niedrigeren Wert als „Essen“.

Abbildungen 10a und 10b zeigen den Boxplot der Genussbereiche bei den normalgewichtigen Frauen und Männern.



a) bei Frauen



b) bei Männern

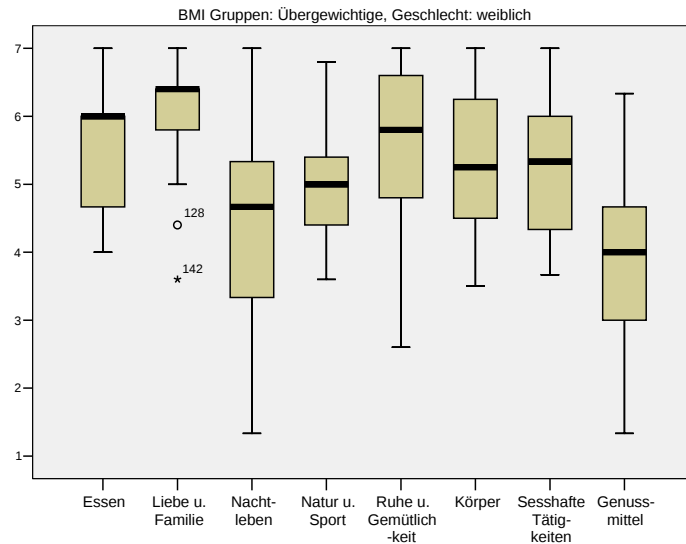
Abbildung 10: Boxplot der Genussbereiche bei der Gruppe „Normalgewichtig“.

Übergewichtig:

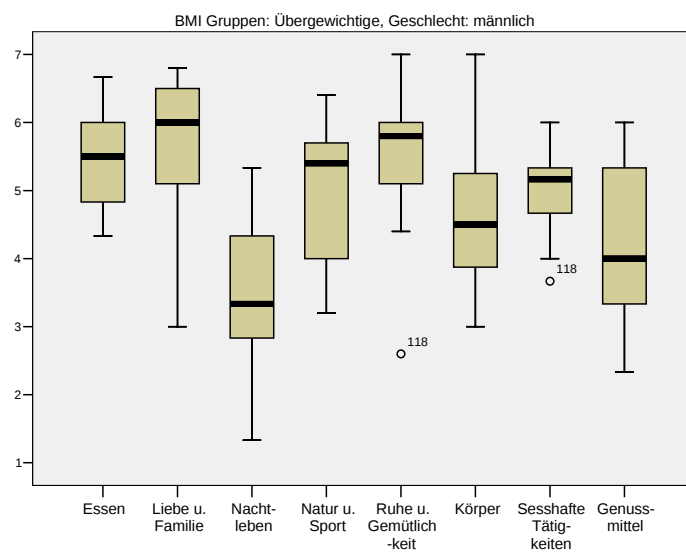
Sowohl bei übergewichtigen Männern als auch bei übergewichtigen Frauen unterscheidet sich „Essen“ nicht signifikant von „Liebe/Familie“, „Natur/Sport“, „Ruhe/Gemütlichkeit“, „Körper“ „sesshafte Tätigkeiten“.

Jedoch erreicht „Essen“ bei beiden Geschlechtern einen signifikant höheren Wert als „Nachtleben“ (bei Frauen $Z = -3,246$, $p = .001$; bei Männern $Z = -3,413$, $p = .001$) und „Genussmittel“ (bei Frauen $Z = -4,142$, $p = .000$; bei Männern $Z = -2,622$, $p = .009$).

In Abbildungen 11a und 11b befindet sich der Boxplot der Genussbereiche bei den übergewichtigen Frauen und Männern.



a) bei Frauen



b) bei Männern

Abbildung 11: Boxplot der Genussbereiche bei der Gruppe „Übergewichtig“.

Adipös:

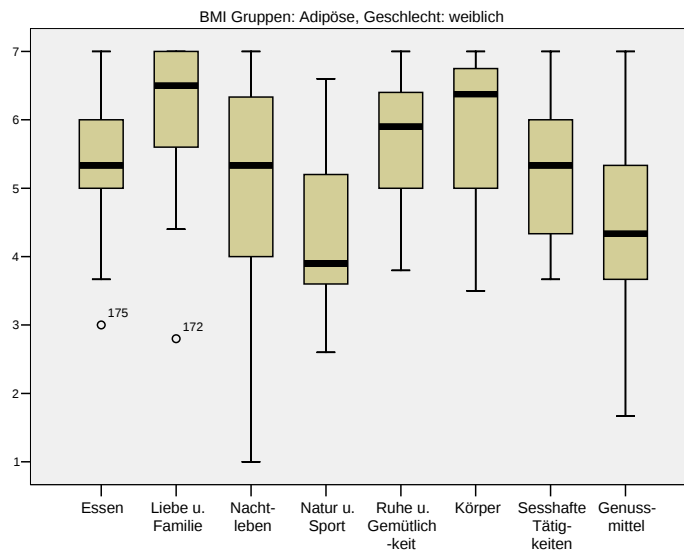
Bei adipösen Frauen erreicht „Liebe/Familie“ ($Z = -2,799$, $p = .005$) erneut einen signifikant höheren Wert als „Essen“.

„Nachtleben“, „Ruhe/Gemütlichkeit“, „Körper“, „sesshafte Tätigkeiten“ hingegen unterscheiden sich nicht von „Essen“.

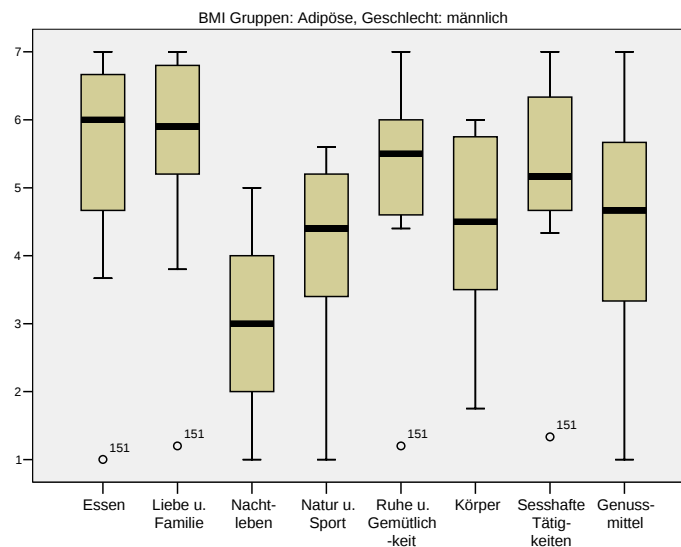
Die Bereiche „Natur/Sport“ ($Z = -3,049$, $p = .002$) und „Genussmittel“ ($Z = -2,789$, $p = .005$) werden aber signifikant weniger intensiv von den adipösen Frauen genossen, als „Essen“.

Bei den adipösen Männern sind die Verhältnisse anders. Hier unterscheiden sich „Liebe/Familie“, „Ruhe/Gemütlichkeit“, „Körper“, „sesshafte Tätigkeiten“ und „Genussmittel“ nicht signifikant von „Essen“, und letzteres erreicht signifikant höhere Werte als „Nachtleben“ ($Z = -3,063$, $p = .002$) und „Natur/Sport“ ($Z = -2,621$, $p = .009$).

Abbildungen 12a und 12b geben den Boxplot der Genussbereiche bei den adipösen Frauen und Männern wider.



a) bei Frauen



b) bei Männern

Abbildung 12: Boxplot der Genussbereiche bei der Gruppe „Adipös“.

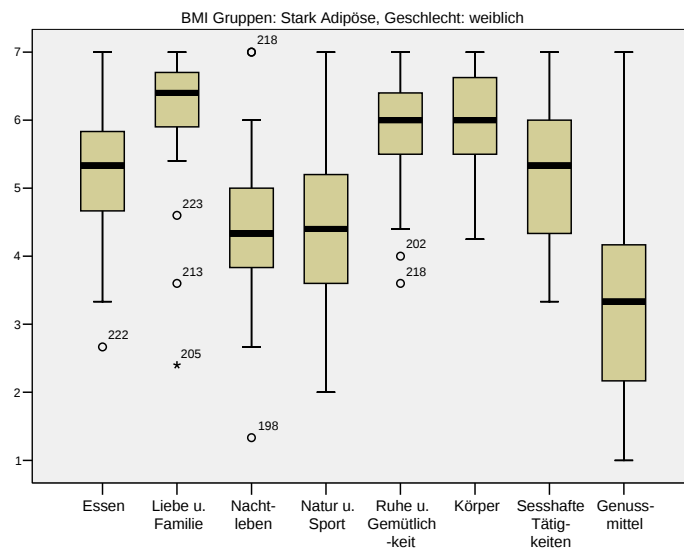
Stark Adipös:

Signifikant höherer Wert als „Essen“ erreichen bei stark adipösen Frauen „Liebe/Familie“ ($Z = -3,987$, $p = .000$) und „Ruhe/Gemütlichkeit“ ($Z = -2,801$, $p = .005$). „Essen“ unterscheidet sich aber nicht von „Nachtleben“, „Natur/Sport“, und „sesshafte Tätigkeiten“.

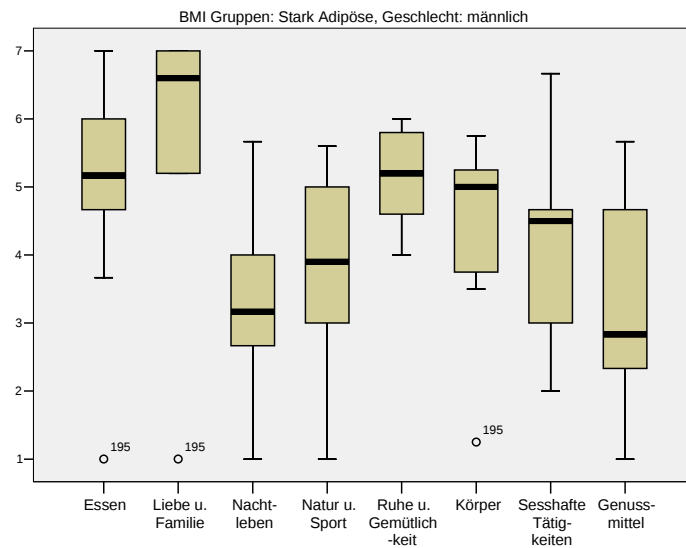
„Körper“ ($Z = -2,964$, $p = .003$) und „Genussmittel“ ($Z = -4,103$, $p = .000$) haben hingegen einen signifikant niedrigeren Wert als „Essen“.

Bei den stark adipösen Männern zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen „Essen“ und allen anderen Genussbereichen. Auch hier sei darauf hinzuweisen, dass diese Gruppe aber nur aus 10 Personen besteht.

Abbildungen 13a und 13b zeigen den Boxplot der Genussbereiche bei den stark adipösen Frauen und Männern.



a) bei Frauen



b) bei Männern

Abbildung 13: Boxplot der Genussbereiche bei der Gruppe „stark Adipös“.

7 ZUSAMMENFASSUNG UND INTERPRETATION DER ERGEBNISSE

7.1 Bei Frauen

Allgemein genießen Frauen intensiver als Männer. Jedoch zeigt sich bei Frauen kein Zusammenhang zwischen dem BMI-Wert und der **allgemeinen Genussintensität**, bzw. unterschieden sich die BMI-Gruppen diesbezüglich nicht. Auch die Essverhaltensgruppen unterscheiden sich hier nicht.

Frauen genießen intensiver den Genussbereich „**Körper**“ (ein Bad nehmen, sich schön machen, schöne Kleider tragen) als Männer, was nicht verwunderlich ist. Die BMI-Gruppen der Frauen unterscheiden sich bei diesem Bereich, wobei aber die Adipösen und stark Adipösen signifikant intensiver genießen als die Normalgewichtigen. Der Zusammenhang zwischen BMI-Wert und „Körper“ verschwindet jedoch, wenn man sich die Essverhaltensgruppen getrennt voneinander anschaut. Dies könnte aber auf die kleineren Stichproben der Essverhaltensgruppen zurückzuführen sein.

Auch im Bereich „**Natur/Sport**“ (Natur beobachten, sportliche Tätigkeit ...) unterscheiden sich die BMI-Gruppen bei den Frauen. Allgemein korreliert bei Frauen dieser Bereich negativ mit dem BMI-Wert. Es zeigt sich dementsprechend, dass normalgewichtige Frauen signifikant intensiver diesen Bereich genießen als die Adipösen und stark Adipösen, was nicht so erstaunlich scheint.

Diese Korrelation ist bei Betrachtung des Essverhaltens nur mehr bei den Frauen mit einem nicht näher bezeichneten Essverhalten vorhanden.

Was den Bereich des „**Essens**“ (etwas gutes Essen, ins Restaurant gehen...) angeht, so zeigt sich kein Zusammenhang mit dem BMI-Wert. Die Essverhaltensgruppen hingegen unterscheiden sich. Frauen der Essdrang-Gruppe genießen signifikant intensiver als jene mit normalem Essverhalten. Die restriktiven Frauen unterscheiden sich aber nicht von diesen beiden Gruppen.

In den meisten Fällen wird bei Frauen der Bereich „Essen“ signifikant weniger genossen als „Liebe/Familie“ (Zärtlichkeiten austauschen, Harmonie in der Familie oder Partnerschaft...) und „Ruhe/Gemütlichkeit“ (einen Mittagsschlaf machen, faulenzen...).

Vergleicht man die verschiedenen Essverhaltensgruppen bei Frauen, so zeigen sich bei der Gruppe „Essdrang“ vier Bereiche, die signifikant weniger intensiv als „Essen“ genossen werden aber nur ein Bereich, der mehr genossen wird. Bei den Frauen mit normalem Essverhalten und den Frauen aus der restriktiven Gruppe gibt es zwei bis drei Bereiche die stärker sind und nur der Bereich „Genussmittel“ wird hier weniger genossen. Daraus kann geschlossen werden, dass Essen bei den Frauen der Gruppe „Essdrang“ einen höheren Stellenwert besitzt als bei den beiden anderen Gruppen.

Werden die BMI-Gruppen der Frauen miteinander verglichen, so stellt sich heraus, dass die Normalgewichtigen mehr Bereiche vorweisen, die signifikant weniger als „Essen“ genossen werden als alle anderen BMI-Gruppen. Jedoch ist nicht ganz eindeutig, ob dies bedeutet dass „Essen“ bei den Normalgewichtigen einen höheren Stellenwert hat, da es bei den Normalgewichtigen auch eher mehr Bereiche gibt, die stärker genossen werden als „Essen“. Somit hat der BMI-Wert keinen eindeutigen Einfluss auf den Stellenwert des „Essen“ in der Genusspalette.

Frauen haben signifikant mehr wahrgenommene **Schuldgefühle** beim Genießen als Männer. Die Schuldgefühle stehen jedoch weder in Zusammenhang mit dem BMI-Wert noch mit der Genussintensität der verschiedenen Bereiche.

Der einzige Zusammenhang bzw. Unterschied bezüglich der Schuldgefühle zeigt sich bei den Essverhaltensgruppen. Die Frauen mit normalem Essverhalten haben signifikant weniger Schuldgefühle als alle anderen Essverhaltensgruppen. Die restriktiven Frauen unterscheiden sich hingegen nicht von den Frauen der Gruppe „Essdrang“.

7.2 Bei Männern

Bei Männern geht im allgemeinen ein erhöhter BMI-Wert mit einer niedrigeren **allgemeinen Genussintensität** einher. Bei der Betrachtung der Essverhaltensgruppen fällt jedoch dieser Zusammenhang weg, dies könnte durch die zu kleine Stichprobengröße in manchen Gruppen sein.

Allgemein sinkt die Genussintensität vom Genussbereich „**Natur/Sport**“ (Natur beobachten, sportliche Tätigkeit ...) mit steigendem BMI-Wert bei Männern. Generell

genießen normalgewichtige Männer diesen Bereich intensiver als adipöse und stark adipöse Männer (wie bei Frauen). Wird auf diesen Zusammenhang pro Essverhaltensgruppe genauer eingegangen, findet dieser nur mehr bei den Männern mit normalem Essverhalten statt. Jedoch unterscheiden sich die Essverhaltensgruppen nicht signifikant voneinander.

Auch im Bereich „**Nachtleben**“ (tanzen gehen, abends ausgehen...) zeigt sich bei Männern ein negativer Zusammenhang zum BMI-Wert. So genießen normalgewichtige Männer signifikant intensiver diesen Bereich als alle anderen BMI-Gruppen. Erneut unterscheiden sich die Essverhaltensgruppen auch hier nicht voneinander.

Bezüglich des Genussbereiches „**Essen**“ (etwas gutes Essen, ins Restaurant gehen...) zeigen Männer weder zwischen den BMI-Gruppen noch zwischen den Essverhaltensgruppen Unterschiede.

Essen hat bei ihnen im allgemeinen eine hohe bzw. gleich hohe Genussintensität wie die meisten anderen Genussbereiche. Er wird nur selten, und wenn dann nur vom Bereich „Liebe/Familie“ (Zärtlichkeiten austauschen, Harmonie in der Familie oder Partnerschaft...) signifikant übertroffen (bei den Männern im allgemein, bei den normalgewichtigen Männer und bei den Männern mit normalem Essverhalten). Die „Normalität“ in Gewicht und Essverhalten hat nur einen geringen Einfluss auf den Stellenwert des Essens, bzw. ist der Stellenwert hier etwas geringer.

Männer, die gerade dabei sind, ihr Gewicht zu reduzieren zeigen stärkere **Schuldgefühle** beim Genießen als jene, die nicht ihr Gewicht reduzieren, wie dies bei den Frauen der Fall ist. Die Schuldgefühle stehen aber sonst in keinem Zusammenhang zu BMI, Genussintensität oder Essverhaltensgruppen.

Zusammenfassend kann folgendes aus dieser Studie geschlossen werden:

Bei Frauen hat der BMI-Wert also einen positiven Zusammenhang mit dem Bereich „Körper“ und einen negativen mit „Natur/Sport“. Keine Rolle spielt er aber bei der allgemeinen Genussintensität, dem Genuss des Essens und der wahrgenommenen Schuldgefühle. Letztere stehen eher negativ mit einer ausgeübten Diät in Zusammenhang.

Bei Männern steht der BMI-Wert zwar in Zusammenhang mit der allgemeinen Genussintensität, aber dies nur, wenn die Essverhaltensgruppen nicht berücksichtigt

werden (hier ist wieder daran zu erinnern, dass die Diskrepanz zw. den Ergebnissen der Männer als Gesamtgruppe und jenen bei der Unterteilung in Essverhaltensgruppen auf die teilweise sehr kleine Stichprobengröße der Essverhaltensgruppen zurückführbar sein könnte). So wie bei den Frauen korreliert der BMI-Wert auch negativ mit dem Bereich „Natur/Sport“. Der BMI-Wert steht aber weder mit dem Genuss des Essens noch mit den wahrgenommenen Schuldgefühlen beim Genießen in Zusammenhang. Auch hier zeigen diese Schuldgefühle einen negativen Zusammenhang mit einer ausgeübten Diät.

In Anbetracht dieser Ergebnisse könnte daraus geschlossen werden, dass bei Frauen bezüglich Genuss des Essens und der Schuldgefühle nicht der BMI-Wert sondern das Essverhalten (bzw. auch das Diäthalten) ausschlaggebend ist. Bei Männern spielt das Essverhalten keine wesentliche Rolle auf den Genuss; das Diäthalten jedoch hatte einen Einfluss auf die Schuldgefühle.

8 DISKUSSION

Bezüglich des Fragebogens erhielt ich von einer Testperson per Email eine Nachricht. Sie fragte mich, ob sie denn ankreuzen soll, was sie genießen würde, wenn sie die Möglichkeit dazu hätte, oder nur was sie derzeit wirklich genießt. Sie meinte: „Ich könnte viele der angeführten Dinge genießen, wenn ich Zeit und Muße dazu hätte. Vieles ist durch meine Lebensumstände aber nicht oder nur extrem selten möglich“ (Testperson, persönliche Mitteilung, 02.08.07).

Meine Antwort darauf war – zusammengefasst – dass es bei meiner Untersuchung darum ginge, ob die vorgeschlagenen Dinge überhaupt genossen werden können, und dies unabhängig von der Häufigkeit. In dieser Hinsicht unterscheidet sich auch der Genussfragebogen aus meiner Studie z.B. vom „Pleasant Event Schedule“, der sowohl Intensität als auch Frequenz der angebotenen Genüsse erfasst.

Vielleicht hätte die Anweisung im Fragebogen genauer auf diesen Punkt eingehen sollen, da diese nur lautete: „Sie finden nun 66 Situationen, Dinge oder Tätigkeiten, die Genuss bereiten können. Rechts stehen 7 Kategorien, anhand welcher Sie bewerten sollen, wie sehr Sie diese Situation genießen bzw. nicht genießen können“.

Wird auf bestimmte Genussbereiche genauer eingegangen, so finden manche erwartete und manche unerwartete Schlussfolgerungen statt.

Nicht erstaunlich war es z. B., dass sowohl bei Männern wie bei Frauen der Genuss im Bereich „Natur/Sport“ mit steigendem BMI-Wert sinkt. Jedoch etwas unerwartet war, dass Bewegung und Sport auf dem selben Faktor wie „in der Natur sein“ oder „einem Hobby nachgehen“ lädt. Daraus könnte geschlossen werden, dass nicht nur die Bewegung bei höherem BMI-Wert sinkt, sondern auch der Spass an der Natur. Dabei kann es einerseits an der nötigen Bewegung, um in die Natur zu gelangen, liegen oder an jener, die dann in der Natur gemacht wird (wie spazieren gehen). Oder aber könnten jene, die weniger Spass an der Natur oder am Sport haben, sich weniger bewegen, und dementsprechend übergewichtig werden.

Dass der Bereich „Nachtleben“ von Männern mit Normalgewicht mehr genossen wird als von Männern mit einem BMI-Wert ab 25, erstaunt auch nicht wirklich, da sich die übergewichtigen und adipösen Männer vielleicht weniger gern z.B. auf der Tanzfläche einer Disco zeigen oder bewegen.

Auch nicht weiter verwunderlich war die Erkenntnis, dass der Bereich „Körper“, welcher „sich schön machen“ und „schöne Kleider tragen“ beinhaltet, von Frauen stärker genossen wird als von Männern. Dass dieser Bereich bei Frauen aber positiv mit dem BMI-Wert korreliert, wurde jedoch nicht erwartet. Hier könnte der schwache Selbstwert der Adipösen und stark Adipösen (siehe Kap. 1.4 des theoretischen Teils) eine Rolle spielen. Könnte doch das „sich schön machen“ und „schöne Kleider tragen“ den Selbstwert der adipösen Frauen kurzfristig steigern, was Wohlbefinden, bzw. Genuss bringen würde. Bei normalgewichtigen Frauen ist das Selbstwertgefühl im Alltag sowieso höher, und somit hat es der Selbstwert verhältnismäßig nicht so nötig, sich durch „sich schön machen“ usw. zu verstärken. Somit zeigt sich auch, dass das Stigma der „ungepflegten Übergewichtigen“ unpassend ist.

Schaut man sich die Rolle der Schuldgefühle genauer an, so fällt auf, dass im Gegensatz zu Bergler und Hoffs Ergebnissen (2002), wo Schuldgefühle das Genusserleben stören, in dieser Studie die Schuldgefühle weder bei Männern noch bei Frauen in Zusammenhang mit dem Genusserleben oder dem BMI-Wert stehen. Die Schuldgefühle spielten aber eine Rolle bei Personen, die gerade dabei waren abzunehmen. Ob die Schuldgefühle dazu führen, dass Personen eine Diät machen wollen oder ob die Schuldgefühle aufgrund einer Diät entstehen, ist aber nicht klar.

Vermutlich beeinflussen sich Schuldgefühle und Diät gegenseitig und könnten somit zu einem Teufelskreis führen.

Zusätzlich zeigte diese Studie, dass Frauen ohne Tendenz zu Essstörungen (also aus der Gruppe „normales Essverhalten“) wesentlich weniger Schuldgefühle hatten als Frauen der anderen drei Gruppen. Dadurch wird ersichtlich, dass Schuldgefühle Essstörungen begleiten.

Hinzu kommt die Tatsache, dass bei Frauen und Männern mit normalem Essverhalten der Anteil an Personen, die gerade eine Diät machen, viel geringer ausfällt als bei Männern und Frauen mit Tendenz zu Essstörungen (Essdrang- und restriktive Gruppe).

Da Schuldgefühle, derzeitige Diät und tendenzielle Essstörungen in Zusammenhang miteinander stehen, wird hier auf die schon oft in der Literatur erwähnte Gefahr hingewiesen, durch eine vielleicht zu strenge Diät ein gestörtes Essverhalten zu entwickeln, was folglich in eine echte Essstörung eskalieren kann. Die Schuldgefühle tragen hier also auch eine wesentliche Rolle bei.

Zusätzlich zeigten in dieser Studie die Personen, die gerade eine Diät machen, keinen Unterschied im Genusserlebnis zu jenen, die keine Diät machen. Dies widerspricht der älteren Studie von Doell und Hawkins (1982), die fanden, dass übergewichtige Männer und Frauen, die gerade abnehmen, allgemein weniger Genuss erlebten. Ein Erklärungsansatz könnte hier im Messinstrument zu finden sein. Beim von Doell und Hawkins eingesetzten „Pleasant Event Schedule“ fließt nämlich in der Berechnung des Genusserlebnisses auch die Dimension der Frequenz, in welcher der erwähnte Genuss in den letzten 30 Tage stattgefunden hat, ein. Dies war in der vorliegenden Studie jedoch nicht der Fall.

Bei Frauen zeigte sich zwischen den Essverhaltensgruppen zwar kein Unterschied bezüglich der allgemeinen Genussintensität, jedoch wohl bezüglich der Intensität des Bereiches „Essen“. Frauen mit normalem Essverhalten genossen das Essen weniger als jene mit Tendenz zu Essdrang; sie hatten aber auch gleichzeitig weniger Schuldgefühle. Der Genuss beim Essen scheint sich bei den Frauen der restriktiven Gruppe nicht eindeutig von den anderen Essverhaltensgruppen zu unterscheiden, jedoch waren die Schuldgefühle so hoch wie bei der Gruppe „Essdrang“.

Das Zusammenspiel zwischen dem Genuss beim Essen und den Schuldgefühlen bei Frauen lassen drei Typen erkennen:

- Typus 1 „normales Essverhalten“: hier ist der Genuss beim Essen nicht so stark ausgeprägt und es zeigen sich wenig Schuldgefühle. Das Essverhalten scheint unauffällig.
- Typus 2 „Restriktives Essverhalten“: Der Essensgenuss ist hier weder besonders stark noch besonders schwach ausgeprägt. Hinzu kommen stärkere Schuldgefühle. Restriktives Essverhalten und Schuldgefühle könnten hier zu einem Teufelskreis führen.
- Typus 3 „Essdrang“: diese Frauen haben stärkere Schuldgefühle in Kombination mit starkem Genuss beim Essen. Aufgrund der Schuldgefühle wird vermutlich versucht, wenig zu Essen. Da – im Gegensatz zu den restriktiven Frauen – der Genuss des Essens jedoch auf der Strecke bleibt, kann der „Hedonic Hunger“ (siehe Kap. 3.1.2.5 des theoretischen Teils) steigen, und letztendlich zu einem Überessen, bzw. zu einer Fressattacke führen. Denn der Genussverzicht ist laut Bergler und Hoff (2002) ein Alltagsstressor. Franken und Muris (2005) zeigten in diesem Sinne auch, dass Essgier („craving“) mit schlechtem Gewissen korreliert.

Der BMI-Wert spielt bei diesem Prozedere bei Frauen aber keine Rolle. Er zeigte weder zum Genuss von Essen, noch zum allgemeinen Genuss einen Zusammenhang, was Bergler und Hoffs Ergebnisse (2002) bestätigt. Hier wird klar, dass Genuss nicht mit Belohnungssensitivität gleichgesetzt werden kann, da bei letzterer doch Zusammenhänge zum BMI-Wert gefunden wurden (siehe Kap. 3.1.1 des theoretischen Teils). Jedoch könnten sich beide Konstrukte überlappen, da laut Davis et al. (2007) das Essverhalten (emotionales Überessen) den Zusammenhang zwischen der Belohnungssensitivität und dem BMI-Wert erklärt.

Im Gegensatz zu Franken und Muris (2005), bei welchen der BMI-Wert mit der Essgier korrelierte, zeigte sich in dieser Studie erstaunlicherweise kein Zusammenhang zwischen BMI-Wert und Essverhalten bzw. „Essdrang“.

Interessant wären hier weitere Forschungen, die den Zusammenhang zwischen Genuss und Belohnungssensitivität genauer unter die Lupe nehmen würden, und dies in Zusammenhang mit dem BMI-Wert. Zusätzlich sollten jene Bereiche erneut untersucht werden, bei denen die multiplen Regressionsanalysen und die

parameterfreien Tests unterschiedliche Ergebnisse brachten. Es ist nämlich nicht zu beurteilen, ob diese Diskrepanzen darauf zurückzuführen sind, dass die Regression mächtiger ist als die parameterfreien Verfahren oder ob durch die Verletzungen der Voraussetzungen ein erhöhter Alpha-Fehler resultiert. Hinzu kommt, dass der erklärte Varianzanteil der Regressionsanalyse ohnehin gering ausfiel.

Bei den Männern ist das Verhältnis zwischen BMI-Wert und Genuss nicht eindeutig interpretierbar. Es bestand zwar eine negative Korrelation, wenn die gesamten Männer gemeinsam untersucht wurden. Jedoch verschwand diese Korrelation, wenn dieses Verhältnis pro Essverhaltensgruppe eruiert wurde. Da der Umfang der Stichproben pro Essverhaltensgruppe bei Männern recht gering ausgefallen ist, sind diese Ergebnisse mit Vorsicht zu betrachten. Wünschenswert wäre daher auch eine genauere Männeruntersuchung bezüglich des Genusserlebnisses in Zusammenhang mit dem BMI-Wert und eventueller Komorbiditäten, insbesondere des Essverhaltens. Dies scheint auch von Interesse, da in den Studien über die Belohnungssensitivität meist nur Frauen untersucht wurden, oder wenn beide Geschlechter einbezogen wurden, bei Männern keine auffallenden Ergebnisse vorhanden waren.

LITERATURVERZEICHNIS

Abelson, P. & Kennedy, D. (2004). The Obesity Epidemic. *Science Magazine*, 304, n. 5676, S. 1413.

American Psychiatric Association. (2001). *Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.

Apfeldorfer, G. (1995). *Anorexie, boulimie, obésité*. Paris: Flammarion.

Atkinson, R. L., Dhurandhar, N. V., Allison, D. B., Bowen, R. L., Israel, B. A., Albu, J. B. & Augustus, A. S. (2005). Human adenovirus-36 is associated with increased body weight and paradoxical reduction of serum lipids. *International Journal of Obesity*, 29, S. 281–286.

Austrian Obesity Academy (2008). Ätiologie der Adipositas. Wie entsteht sie und wird sie aufrechterhalten? Online im Internet: <http://www.obesity-academy.org/obesity/documents/34000-Aetiologie.pdf> (September 2008).

Becker, E. S., Margraf, J., Türke, V., Soeder, U. & Neumer, S. (2001). Obesity and mental illness in a representative sample of young women. *International Journal of Obesity*, 25, S. 55-59.

Bergler, R. & Hoff, T. (2002). *Genuss und Gesundheit*. Köln: Kölner Universitäts-Verlag.

Bergler, R. & Hoff, T. (2008). *Bergler & Hoff: Institut für angewandte Psychologie und Sozialforschung*. Online im Internet: <http://www.hoff-bergler.de> (August 2008).

Berridge, K. C. (1996). Food Reward: Brain Substrates of Wanting and Liking. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 20, S. 1-25.

Berridge, K. C. (2004). Pleasure, Unfelt Affect and Irrational Desire. In A. S. R. Manstead, N. H. Frijda & A. H. Fischer (Hrsg.), *Feelings and Emotions: The Amsterdam Symposium* (S. 243-262). Cambridge: Cambridge University Press.

- Berridge, K. C. (2007). Brain Reward Systems for Food Incentives and Hedonics in Normal Appetite and Eating Disorders. In Kirkham, T.C. & Cooper, S. J. (Hrsg.), *Appetite and Body Weight* (S. 191-216). Academic Press.
- Berridge, K. C. & Winkielman, P. (2003). What is an unconscious emotion?. *Cognition & Emotion*, 17, S. 181-211.
- Berthoud, H.-R. (2004). Neural control of appetite: cross-talk between homeostatic and non homeostatic systems. *Appetite*, 43, S. 315-317.
- Blissmer, B., Riebe, D., Dye, G., Ruggiero, L., Greene, G., & Caldwell, M. (2006). Health-related quality of life following a clinical weight loss intervention among overweight and obese adults: intervention and 24 month follow-up effects. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4, 43.
- Blundell, J. E. & Finlayson, G. (2004). Is susceptibility to weight gain characterized by homeostatic or hedonic risk factors for overconsumption?. *Physiology & Behavior*, 82, S. 21-25.
- Brockhaus – Die Enzyklopädie (1997). In 24 Bände (20. Auflage). Leipzig: F. A. Brockhaus.
- Bruch, H. (1991). *Essstörungen – Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht*. Frankfurt: Fischer Taschenbuch Verlag. [Englische Erstausgabe 1973]
- Dagher, A., Bedrossian, D., Malik, S. & McGlone, F. (2008). Ghrelin has stress-like effects on the brain: A functional MRI study in humans. *Appetite*, 51, S. 361.
- Davis, C. & Fox, J. (2008). Sensitivity to reward and bodymass index (BMI): Evidence for a non-linear relationship. *Appetite*, 50, S. 43-49.
- Davis, C., Patte, K. & Curtis, C. (2008). Hedonic overeating: Buffer or catalyst to other addictive behaviours?. *Appetite*, 51, S. 361.

Davis, C., Patte, K., Levitan, R., Reid, C., Tweed, S. & Curtis, C. (2007). From motivation to behaviour: A model of reward sensitivity, overeating, and food preferences in the risk profile for obesity. *Appetite*, 48, S. 12-19.

Davis, C., Strachan, S. & Berkson, M. (2004). Sensitivity to reward: implications for overeating and overweight. *Appetite*, 42, S. 131-138.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2008). Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10). 10.Revision. Online im Internet: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2008/fr-icd.htm> (August 2008).

Diehl, J. M. (2006). *Fragebögen zur Erfassung ernährungs- und gewichtsbezogener Einstellungen und Verhaltensweisen. Questionnaires for the Assessment of Eating- and Weight-Related Attitudes and Behaviors*. University of Giessen: Department of Psychology.

Doberauer, S. & Egger, J. W. (2000). Psychologische Korrelate der Adipositas und deren mögliche Nutzung für mehrdimensionale Therapieansätze. *Psychologische Medizin*, 11, S. 12-19.

Doell, S. R. & Hawkins II, R. C. (1982). Pleasures and pounds: An exploratory Study. *Addictive Behaviors*, 7, S. 65-69.

Doll, H. A., Petersen, S. E. K. & Stewart-Brown, S. L. (2000). Obesity and Physical and Emotional Well-Being: Associations between Body Mass Index, Chronic Illness, and the Physical and Mental Components of the SF-36 Questionnaire. *Obesity Research*, 8, S. 160-170.

Eisenberg, M. E., Neumark-Sztainer, D. & Story, M. (2003). Association of Weight-based teasing and emotional well-being among adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 157, S. 733-738.

Epstein, L. H. & Leddy, J. J. (2006). Food reinforcement. *Appetite*, 46, 22-25.

Epstein, L. H., Truesdale, R., Wojcik, A., Paluch, R. A. & Raynor, H. A. (2003). Effects of the deprivation on hedonics and reinforcing value of food. *Physiology & Behavior*, 78, S. 221-227.

Faith, M. S., Flint, J., Fairburn, C. G., Goodwin, G. M. und Allison, D. B. (2001). Gender Differences in the Relationship between Personality Dimensions and Relative Body Weight. *Obesity Research*, 9, S. 647-650.

Filipp, S.-H. & Ferring, D. (2001). Lebenslust trotz der Last des Lebens - Vom konstruktiven Umgang mit den größeren und kleineren Katastrophen im Leben . In Gerhard, U. (Hrsg). *Psychologie und Lebensqualität* . Freiburg (Schweiz): Universitätsverlag.

Finlayson, G., King, N. & Blundell, J. E. (2007). Linking vs. Wanting food: Importance for human appetite control and weight regulation. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 31, S. 987-1002.

Focus Online. (2007a). Fastfood-Studie. Mastkur für die Forschung. Online im Internet: http://www.focus.de/gesundheit/ernaehrung/news/fastfood-studie_aid_123751.html (August 2008).

Focus Online. (2007b). Dicke Kinder. Werbung verführt zu Fressorgien. Online im Internet: http://www.focus.de/gesundheit/ernaehrung/news/dicke-kinder_aid_54467.html (August 2008).

Franken, I. H. A. & Muris, P. (2005). Individual differences in reward sensitivity are related to food craving and relative body weight in healthy women. *Appetite*, 45, S. 198-201.

Geliebter, A., Ladell, T., Logan, M., Schweider, T., Sharafi, M. & Hirsch, J. (2006). Responsitivity to food stimuli in obese and lean binge eaters using functional MRI. *Appetite*, 46, S. 31-35.

Gortmaker, S. L., Must, A., Perrin, J. M., Sobol, A. M. & Dietz, W. H. (1993). Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. *The New England journal of medicine*, 329, S. 1008-1012.

Grilo, C. M., Masheb, R. M., Brody, M., Toth, C., Burke-Martindale, C.H. & Rothschild, B. S. (2005). Childhood Maltreatment in Extremely Obese Male and Female Bariatric Surgery Candidates. *Obesity Research*, 13, S.123-130.

Gross, W. (1990). *Hinter jeder Sucht ist eine Sehnsucht. Die geheimen Drogen des Alltags erkennen*. Freiburg: Herder.

Hebebrand, J., Dabrock, P., Lingenfelder, M., Mand, E., Rief, W. & Voigt, W. (2004). Ist Adipositas eine Krankheit? Interdisziplinäre Perspektiven. *Deutsches Ärzteblatt*, 37, S. A2468-A2474.

Hetherington, M. M. (2007). Cues to overeat: psychological factors influencing overconsumption. *Proceedings of the Nutrition Society*, 66, S. 113-123.

Hilbert, A., Rief, W. & Braehler, E. (2008). Stigmatizing Attitudes Toward Obesity in a Representative Population-based Sample. *Obesity*, 16, S. 1529–1534.

Hill, A. (2004). The social and psychological consequences of obesity. *Obesity resource information center*. Online im Internet:
<http://www.aso.org.uk/portal.aspx?mlmenuid=160&TargetPortal=36&ApplicationID=116&MID=&offset=> (August 2008).

Kinzl, J. (2006). Psychologische und psychotherapeutische Aspekte in der Entstehung und Behandlung der Adipositas. In Rathmanner, T., Meidlinger, B., Baritsch, C., Lawrence, K., Dorner, T. & Kunze, M. (Hrsg.), *Erster österreichischer Adipositasbesicht 2006. Grundlagen für zukünftige Handlungsfelder: Kinder, Jugendliche, Erwachsene* (S. 145-152). Wien: Altern mit Zukunft.

Klotter, C. (1994). Zur Eliminierung des Genusses aus der Nahrungsaufnahme. *Psychomed*, 6, S. 267-271.

- Koppenhöfer, E. (1994). Die kleine Schule des Genießens. Ein Verhaltenstherapeutischer Ansatz zur Aktivierung gesundheitsfördernder Anteile. In: Zielke, M. & Sturm, J. (Hrsg.). *Handbuch Stationäre Verhaltenstherapie*. Weinheim: Belz.
- Lechleitner, M. (2006). Genetische Aspekte in der Adipositasentstehung. In Rathmanner, T., Meidlinger, B., Baritsch, C., Lawrence, K., Dorner, T. & Kunze, M. (Hrsg.), *Erster österreichischer Adipositasbericht 2006. Grundlagen für zukünftige Handlungsfelder: Kinder, Jugendliche, Erwachsene* (S. 145-152). Wien: Altern mit Zukunft.
- Lindeman, M. & Stark, K. (2000). Loss of pleasure, ideological food choice reasons and eating pathology. *Appetite*, 35, S. 263-268.
- Lowe, M. R. & Butryn, M. L. (2007). Hedonic hunger: A new dimension of appetite?. *Physiology & Behavior*, 91, S. 432-439.
- Lowe, M. R. & Kral, T. V. E. (2006). Stress-induced eating in restrained eaters may not be caused by stress or restraint. *Appetite*, 46, S. 16-21.
- Lutz, R. (1995). Gesundheit und Krankheit – Antworten der allgemeinen Psychologie. In Lutz, R. & Mark, N. (Hrsg.), *Wie gesund sind kranke?* Göttingen: Hogrefe.
- MacDiarmid, J.I. & Hetherington, M. M. (1995). Mood modulation by food: an exploration of affect and cravings in 'chocolate addicts'. *The British journal of clinical psychology*, 34, S. 129-138.
- Mac Phillamy, D. J. & Lewinsohn, M. P. (1982). *Pleasant Event Schedule*. Online im Internet: anxietydisorderscentre.com.nationprotect.net/Pleasant%20Events.doc (August 2008).
- Meehl, P. E. (1975). Hedonic capacity: Some conjectures. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 39, S. 295-307.

Mela, D. J. (2001). Determinants of Food Choice: Relationships with Obesity and Weight Control. *Obesity Research*, 9, S. 249-255.

Mela, D. J. (2006). Eating for pleasure or just wanting to eat? Reconsidering sensory hedonic responses as a driver of obesity. *Appetite*, 47, S. 10-17.

Muennig, P., Lubetkin, E., Jia, H. & Franks, P. (2007). Gender and the Burden of Disease Attributable to Obesity. *American Journal of Public Health*, 96, S. 1662-1668.

Pagoto, S. L., Spring, B., Cook, J. W., McCargue, D. & Schneider, K. (2006). High BMI and reduced engagement and enjoyment of pleasant events. *Personality and Individual Differences*, 40, S. 1421-1431.

Peciña, S., Smith, K.S., & Berridge, K.C. (2006) Hedonic hotspots in the brain. *The Neuroscientist*, 12, S. 500-511.

Pérusse, L., Rankinen, T., Zuberi, A., Chagnon, Y. C., Weisnagel, S. J., Argyropoulos, G., Walts, B., Snyder, E. E. & Bouchard, C. (2005). The human obesity gene map: the 2004 update. *Obesity Research*, 13, S. 381-490.

Peters, A. (2004). Selfish Brain: Konkurrenz um Energieressourcen. Online im Internet: <http://www.selfish-brain.org> (August 2008).

Pudel, V. & Westenhöfer, J. (1998). *Ernährungspsychologie: eine Einführung*. Göttingen: Hogrefe.

Rathmanner, T., Meidlinger, B., Baritsch, C., Lawrence, K., Dorner, T. & Kunze, M. (2006). *Erster österreichischer Adipositasbericht 2006. Grundlagen für zukünftige Handlungsfelder: Kinder, Jugendliche, Erwachsene*. Wien: Altern mit Zukunft.

Rolles, U. (2004). Der Weg zum Wunschgewicht – eine verhaltenstherapeutische Trainingsgruppe für Übergewichtige. In: Rathner, G. (Hrsg.) *Kongress Essstörungen 2004* (S. 32-33). Online im Internet: http://www.netzwerk-essstoerungen.at/kongress04/download/k04_abstractbook.pdf (August, 2008)

Saelens, B. E. & Epstein, L. H. (1996). Reinforcing Value of Food in Obese and Non-obese Women. *Appetite*, 27, S. 41-50.

Schulze, G. (1992). *Die Erlebnisgesellschaft: Kultursoziologie der Gegenwart*. Frankfurt: Campus.

Schwimmer, J. B., Burwinkle, T. M. & Varni, J. W. (2003). Health-Related Quality of Life of Severely Obese Children and Adolescents. *The Journal of the American Medical Association*, 289, S. 1813-1819.

Simon, G. E., Von Korff, M., Saunders, K., Miglioretti, D. L., Crane, P. K., Van Belle, G. & Kessler, R. C. (2006). Association Between Obesity and Psychiatric Disorders in the US Adult Population. *Archives of General Psychiatry*, 63, S. 824-830.

Spiegel Online. (2008). Übergewichtige leben immer gefährlich nicht. Online im Internet: <http://www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/0,1518,571545,00.html> (August 2008).

Stahr, I., Barb-Priebe, I. & Schulz, E. (1995). *Eßstörungen und die Suche nach Identität: Ursachen, Entwicklungen und Behnadlungsmöglichkeiten*. Weinheim: Juventa Verlag.

Stunkard, A. J. & Wadden, T. A. (1992). Psychological aspects of sever obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 55, S. 524-532.

Thomas, G. (1989). Soziotherapeutische und freizeitpädagogische Aspekte in der Therapie Suchtkranker am Beispiel des Lernziels Genußfähigkeit. *Suchtgefahren*, 35, S. 397-401.

Toplak, H. (2002). *Adipositas. Praxishandbuch*. Wien: Springer.

Tuschen-Caffier, B., Pook, M. & Hilbert, A. (2005). *Diagnostik von Essstörungen und Adipositas*. Hogrefe: Göttingen.

Wang, G.-J., Volkow, N. D., Logan, J., Wong, C. T., Zhu, W., Netusil, N. & Fowler, J. S. (2001). Brain dopamine and obesity. *The Lancet*, 357, S. 354-357.

Wansink, B. & Kim, J. (2005). Bad Popcorn in Big Buckets: Portion Size Can Influence Intake as Much as Taste. *Journal of Nutrition Education and Behavior* 37, S. 242-245.

Waysfeld, B. , Lecerf, J.-M. , Klein, P. & Filipecki, J. (2007). Souffrances et croyances chez 1000 sujets en surpoids ou obèses en France. *Obésité*, 2, S. 245-253.

Winkielman, P. & Berridge, K. C. (2003). Irrational wanting and sub-rational liking: How rudimentary motivational and affective processes shape preferences and choices. *Political Psychology*, 24, S. 657-680.

Wirth, A. (1998). Gesundheitsrisiken der Adipositas. Klinische Bedeutung von Folge- und Begleitkrankheiten. *Aktuelle Ernährungsmedizin*, 23, S. 172-177.

World Health Organisation (WHO). (2000a). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F)*. Bern: Verlag Hans Huber.

World Health Organisation (WHO). (2000b). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Technical Report Series 894. Geneva: WHO.

Wyvell, C. L. & Berridge, K. C. (2000). Intra-Accumbens Amphetamine Increases the Conditioned Incentive Salience of Sucrose Reward: Enhancement of Reward „Wanting“ without Enhanced „Liking“ or Response Reinforcement. *The Journal of Neuroscience*, 20, S. 8122-8130.

Zuckerman, M. (1996). *Psychobiology of personality*. New York: Cambridge University Press.

ANHANG:

www.genussfragebogen.at
--

Sehr geehrte(r) Teilnehmer(in) !

Dies ist eine wissenschaftliche Online-Umfrage im Rahmen meiner Diplomarbeit an der Fakultät für Psychologie der Universität Wien. Meine Studie befasst sich mit den verschiedenen Genussbereichen und deren Zusammenhang mit dem Gewicht und dem Essverhalten.

Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und nur zum Zwecke dieser Studie verwendet. Die Teilnahme erfolgt völlig anonym.

Keine Antwort ist falsch oder richtig. Bitte bedenken Sie vielmehr, dass wahrheitsgetreue Antworten den Wert einer wissenschaftlichen Studie erhöhen bzw. erst garantieren. Sie können sich auf die Geheimhaltung Ihrer Angaben verlassen!

Die Bearbeitung der gesamten Umfrage wird ca. 10 Minuten in Anspruch nehmen. Am Ende der Untersuchung haben Sie die Möglichkeit an einer Gewinnverlosung teilzunehmen. Der Gewinn ist ein Gutschein für amazon.at und amazon.de im Wert von 40 Euro.

Ich bedanke mich für Ihr Interesse und würde mich über Ihre Unterstützung sehr freuen!

Christine Soukop

Für etwaige Rückfragen können Sie mich unter folgender Email-Adresse erreichen:
a9905966@unet.univie.ac.at

Demographische Daten:

Alter:.....

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich

Frauenspezifische Fragen (werden nur bei Frauen angezeigt):

Wie oft haben Sie Ihre Monatsblutung:

- ☐ regelmäßig
- ☐ gelegentlich bleibt sie einen Monat aus
- ☐ nicht sehr oft
- ☐ seit mindestens 6 Monate bleibt sie aus
- ☐ gar nicht

Sind Sie schwanger:	☐ ja	☐ nein
Nehmen Sie die Pille:	☐ ja	☐ nein

Körpergröße in Meter:.....

Gewicht in Kg:.....

Land:

- ☐ Österreich
- ☐ Deutschland
- ☐ Schweiz
- ☐ anderes

Familienstand:

- ☐ verheiratet/in fester Partnerschaft
- ☐ ledig
- ☐ geschieden
- ☐ verwitwet

Wieviel Geld (in Euro) haben Sie im Durchschnitt pro Monat zur Verfügung:

- ☐ unter 500
- ☐ 501-750
- ☐ 751-1000
- ☐ 1001-1250
- ☐ 1251-1500
- ☐ 1501-1750
- ☐ 1751-2000
- ☐ über 2000

Wohnsituation:

- ☐ allein
- ☐ bei den Eltern
- ☐ mit Partner
- ☐ mit Partner und Kind/ern
- ☐ mit Kind/ern
- ☐ in Wohngemeinschaft
- ☐ anderes

Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung:

- ☐ Pflichtschule
- ☐ Lehre oder Fachschule
- ☐ Matura
- ☐ Studium (Universität, Hochschule, Fachhochschule, Akademie)

Wie oft haben Sie schon eine Diät gemacht?

- ☐ ich habe noch nie eine Diät gemacht
- ☐ 1 Mal
- ☐ 2 bis 4 Mal
- ☐ über 4 Mal

Sind sie im Moment dabei ihr Gewicht zu reduzieren? ☐ ja ☐ nein

Wurde bei Ihnen ein chirurgischer Eingriff durchgeführt, um Ihr Gewicht zu reduzieren?
(Z.B. Magenband, Fettabsaugung) ☐ ja ☐ nein,
wenn Ja welchen?.....

Sie finden nun 66 Dinge, die Menschen Genuss bereiten können. Rechts stehen 7 Kategorien, anhand welcher Sie bewerten sollen, wie sehr Sie diese Situation genießen bzw. nicht genießen können.

Ich genieße folgendes.....	gar nicht							sehr
1. mich entspannen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. einen Stadtbummel machen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. in die Sauna gehen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. schöne Landschaften sehen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Düfte riechen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. gut Essen gehen in einem Restaurant	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. einfach mal über etwas nachdenken	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. mit Kindern zusammen sein	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Körperpflege	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Ins Theater oder in die Oper gehen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. spazieren gehen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. einen Mittagsschlaf machen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Zeit haben	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. etwas Gutes Essen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Glück haben	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. Kaffee oder Tee trinken	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. Spiele spielen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. Musik hören	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. Reisen, Urlaub, Wochenendausflüge	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. Sportveranstaltungen live miterleben	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21. mich schön machen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. zu Hause sein	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23. Wohlstand, sich etwas leisten können	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24. Zusammensein mit der Familie oder dem/der Partner/in	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25. meine Lieblingsspeise zubereiten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26. Fernsehen oder Radio hören	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
27. Zärtlichkeiten austauschen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
28. Alkohol (Wein, Bier, Cognac etc.) trinken	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
29. im Garten arbeiten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
30. Hobbys nachgehen können	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
31. Ruhe, Stille	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
32. schöne Kleidung tragen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
33. mich mit Tieren beschäftigen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
34. mit attraktiven Menschen zusammen sein	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
35. ins Kino gehen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
36. anderen Menschen eine Freude bereiten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
37. eine Zigarette, Zigarre oder Pfeife rauchen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
38. am Computer sitzen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
39. Mit netten Kollgen zusammenarbeiten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
40. sexuelle Aktivitäten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

41. lesen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
42. interessante Menschen treffen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
43. einen kleinen Snack zu mir nehmen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
44 Dinge kaufen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
45. auf Partys oder in Discos gehen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
46. nachts gut schlafen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
47. ein Sonnenbad nehmen oder mal auf die Sonnenbank gehen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
48. mich mit anderen Menschen nett unterhalten, ein gutes Gespräch führen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
49. faulenzen, einfach nichts tun	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
50. sportliche Tätigkeit an sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
51. Blumen betrachten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
52. neue Rezepte ausprobieren	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
53. lachen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
54. ein Bad oder eine Dusche nehmen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
55. abends ausgehen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
56. die Natur beobachten oder in der Natur sein	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
57. anderen Menschen helfen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
58. Freude an der Arbeit haben	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
59. Tanzen gehen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
60. Die eigentliche Tätigkeit im Beruf	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
61. Auto oder Motorrad fahren	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
62. Erfolg haben	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
63. inneres Gleichgewicht	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
64. Zusammensein mit Freunden	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
65. zu einem Konzert meiner Lieblingsmusikrichtung gehen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
66. Harmonie in der Familie oder Partnerschaft	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Nun hätte ich noch gerne einige Informationen über Ihr Essverhalten. Im folgenden finden Sie 35 Aussagen, die Sie wieder rechts bewerten sollen. Geben sie bitte an, ob diese Aussagen sehr oft, oft, manchmal, selten oder niemals für Sie zutreffen. Bitte vergessen Sie nicht, so wahrheitsgetreu wie möglich zu antworten.

	Nie- mals	selten	Manch- mal	oft	sehr oft
1. Ich würde am liebsten etwas essen, wenn die Dinge sich gegen mich entwickeln oder wenn sie falsch gelaufen sind.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Wenn ich an einer Imbissstube oder einem Café vorbeikomme, möchte ich mir gerne etwas Leckerer kaufen.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Wenn Speisen gut riechen oder aussehen, esse ich mehr als sonst.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Wenn ich irritiert bin, habe ich den Wunsch zu essen.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Ich versuche oft, zwischen den Mahlzeiten nicht zu essen, weil ich auf mein Gewicht achte.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Ich habe Lust, etwas zu essen, wenn ich deprimiert oder entmutigt bin.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Wenn ich in letzter Zeit zugenommen habe, esse ich weniger als sonst.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Ich möchte immer dann etwas essen, wenn ich nichts zu tun habe.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Wenn ich etwas genieße, dann habe ich schon manchmal das Gefühl, dass ich eine kleine Sünde begehe.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Ich denke an mein Gewicht bei der Entscheidung, was ich esse.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Ich habe den Wunsch zu essen, wenn ein unangenehmes Ereignis auf mich zukommt.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Ich versuche während der Mahlzeiten weniger zu essen, als ich gerne essen würde.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Ich esse bewusst weniger, um nicht zuzunehmen.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Wenn ich beunruhigt, besorgt oder angespannt bin, möchte ich etwas essen.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Ich esse bewusst kalorienarme Lebensmittel.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Wenn ich beim Bäcker vorbeikomme, habe ich Lust, mir etwas Leckerer zu kaufen.	☐	☐	☐	☐	☐
17. Ich möchte am liebsten etwas essen, wenn ich ärgerlich bin.	☐	☐	☐	☐	☐
18. Ich kann nicht widerstehen, schmackhafte Speisen zu essen.	☐	☐	☐	☐	☐
19. Wenn ich etwas genieße, dann habe ich manchmal etwas Angst, dass ich das wieder bereuen muss.	☐	☐	☐	☐	☐
20. Wenn ich eine Mahlzeit zubereite, neige ich dazu, davon zu naschen.	☐	☐	☐	☐	☐
21. Ich versuche oft, am Abend nichts zu essen, weil ich auf mein Gewicht achte.	☐	☐	☐	☐	☐
22. Wenn ich mich einsam fühle, würde ich am liebsten etwas essen.	☐	☐	☐	☐	☐
23. Wenn ich andere essen sehe, möchte ich auch gerne etwas essen.	☐	☐	☐	☐	☐
24. Ich lehne oft Speisen oder Getränke ab, weil ich um mein Gewicht besorgt bin.	☐	☐	☐	☐	☐
25. Wenn mir ein Gericht gut schmeckt, esse ich mehr als sonst.	☐	☐	☐	☐	☐
26. Wenn ich etwas genieße, dann bekomme ich manchmal ein schlechtes Gewissen.	☐	☐	☐	☐	☐

27. Wenn ich an einem Tag zu viel gegessen habe, esse ich am nächsten Tag weniger.	☐	☐	☐	☐	☐
28. Wenn ich etwas Leckeres zu essen habe, esse ich es sofort.	☐	☐	☐	☐	☐
29. Ich esse mehr als sonst, wenn ich andere essen sehe.	☐	☐	☐	☐	☐
30. Ich würde am liebsten etwas essen, wenn ich enttäuscht bin.	☐	☐	☐	☐	☐
31. Wenn ich etwas genieße, dann schade ich meiner Figur.	☐	☐	☐	☐	☐
32. Ich habe den Wunsch zu essen, wenn ich mich langweile oder nichts zu tun habe.	☐	☐	☐	☐	☐
33. Ich achte genau auf das, was ich esse.	☐	☐	☐	☐	☐
34. Wenn ich etwas Schmackhaftes sehe oder rieche, würde ich es am liebsten sofort essen.	☐	☐	☐	☐	☐

35. Wenn Sie zu viel gegessen haben, machen Sie im nachhinein etwas dagegen (z.B. sich übergeben, Abführmittel nehmen, sehr viel Sport treiben usw.)? :

☐ nein ☐ ja, und zwar:

Wie oft machen Sie es?

☐ unter 2 Mal pro Woche

☐ mindestens 2 Mal pro Woche

Seit Wann machen Sie es?

☐ seit weniger als 3 Monate

☐ seit mindestens 3 Monate

Vielen Dank für Ihre Teilnahme !!!

Wenn Sie am Gewinnspiel teilnehmen möchten (Gewinn = ein Gutschein für amazon.at/amazon.de im Wert von 40 Euro) dann geben Sie bitte Ihre Email-Adresse ein.

Ihre Email-Adresse wird separat von Ihrem Fragebogen gespeichert und beide stehen somit in keinerlei Zusammenhang.

Email:

Der glückliche Gewinner wird nach Ende der Untersuchung per Email kontaktiert!

CURRICULUM VITAE

Persönliche Angaben

Name Christine Soukop
Geburtsdatum 6. Juni 1981
Wohnort Wien
Staatsbürgerschaften österreichische und französische

Ausbildung

1999-2009 : Psychologiestudium an der Universität Wien (mit verpflichtendem Wahlfach „Klinische- und Gesundheitspsychologie“)

Juni 1999 : Baccalauréat (französische Matura)

Mai 1999 : Österreichische Matura

1991-1999 : Lycée Français de Vienne (Wien)

1985-1991 : Französische Schule in Moskau (damalige UdSSR)

1983-1985 : Französischer Kindergarten in Tel Aviv (Israel)

Sept. 2004 - Juni 2005 : ERASMUS-Aufenthalt an der Université Paris 5 (Sorbonne)

Praktische Erfahrungen

- *Juli – Sept. 2006* : Praktikum an der psychiatrischen Abteilung für Erwachsene des Krankenhauses Necker, Paris
- *Seit 2005* : Mitarbeit und Kontaktaufnahme mit Klienten einer Fernsehsendung für Partnersuchende
- *Juli 2001* : Mithilfe bei Hippotherapie
- *2000-2003* : gelegentliche Büroarbeit bei EURAG Österreich (Verein für Menschen ab 50)
- *Juli 2000* : Spendensuche für karitativen Verein (Humanitas)