



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Arbeit

Differentialpsychologische Aspekte von Essstörungen

Verfasserin

Martina Wimmer

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im Mai 2009

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: Ao. Univ. Prof. Dr. Martin Arendasy

Ein herzliches Danke an meine Liebsten, die mich in vielerlei
Hinsicht unterstützt haben!

Inhaltsverzeichnis

0. Inhaltsverzeichnis	3
1. Einleitung	7
2. Theorie und empirischer Hintergrund	8
2.1 Essstörungen	8
2.1.1 Geschichtlicher Hintergrund von Essstörungen	8
2.1.2 Klassifikation von Essstörungen	10
2.1.2.1 Anorexia Nervosa	10
2.1.2.1.1 Diagnosekriterien der Anorexia	
Nervosa nach DSM-4 und ICD-10	15
2.1.2.1.2 Körperliche Auswirkungen der	
Anorexia Nervosa	21
2.1.2.2 Bulimia Nervosa	22
2.1.2.2.1 Diagnosekriterien der Bulimia	
Nervosa nach DSM-4 und ICD-10	25
2.1.2.2.2 Körperliche Auswirkungen der	
Bulimia Nervosa	30
2.1.2.3 Adipositas	30
2.1.2.4 Sonstige Essstörungen	34
2.1.3 Entstehung von Essstörungen	35
2.1.3.1 Ursachen für die Entstehung einer	
Essstörung aus Psychoanalytischer Sicht	36

2.1.3.2 Genetische Ursachen von Essstörungen	37
2.1.3.3 Fehlinterpretierte Selbstwahrnehmung als Ursache von Essstörungen	38
2.1.3.4 Soziokulturelle Genese der Essstörung	41
2.1.4 Körperbild und Essstörung	44
2.1.5 Schönheitsideale im Wandel der Zeit	46
2.1.6 Feministische Sichtweisen des Schönheitsideals	63
2.1.7 Essstörungen bei Männern	64
2.1.8 Epidemiologie	67
2.1.8.1 Epidemiologie bei Anorexia Nervosa	67
2.1.8.2 Epidemiologie bei Bulimia Nervosa	68
2.1.8.3 Epidemiologie bei Binge Eating Disorder	69
2.1.8.4 Epidemiologie in Österreich	69
2.2 Persönlichkeitspsychologie	70
2.2.1 Aufgabenfelder der Persönlichkeitspsychologie	71
2.2.2 Definition Persönlichkeit	72
2.2.3 Fragestellungen der Persönlichkeitspsychologie	73
2.2.4 Methoden der Persönlichkeitspsychologie	74
2.2.4.1 Variationsforschung	75
2.2.4.2 Korrelationsforschung	75
2.2.4.3 Psychographie	75
2.2.4.4 Komparationsforschung	76
2.2.5 Darstellung der Analyseeinheiten in der Persönlichkeitspsychologie	77
2.2.5.1 Verhaltensmerkmale	77
2.2.5.2 Verhaltensgewohnheiten oder Habits	78

2.2.5.3 Dispositionseigenschaften oder Traits	79
2.2.5.3.1 Bestimmung der Traits	80
2.2.5.4 States	83
2.2.6 Persönlichkeitsmodelle	84
2.2.6.1 Persönlichkeitsmodelle im Überblick	85
2.2.6.2 Modelle der Persönlichkeitswesenszüge	88
2.2.6.2.1 Persönlichkeitsmodell nach Hans J. Eysenck	90
2.2.6.2.2 Persönlichkeitsmodell nach Raymond B. Cattell	93
2.2.6.3 Einfluss von Eysenck und Cattell auf die Entwicklung der Big Five Faktoren der Persönlichkeit	95
2.2.7 Geschichtlicher Exkurs über die Entwicklung der Persönlichkeitspsychologie	100
2.3 Persönlichkeitsstruktur und Essstörungen	104
2.4 Fragestellungen und Hypothesen	116
3. Methode	120
3.1 Operationalisierung	120
3.2 Stichprobe	120
3.2.1 Gruppe 1	120
3.2.2 Gruppe 2	121
3.3 Untersuchungsmaterial	123
3.3.1 Persönlichkeitsfragebogen B5 Version 3	123
3.3.2 Kurzfassung Eating Disorder Inventory-2	124

3.4 Untersuchungsablauf	126
3.5 Statistische Auswertung	128
4. Ergebnisse	130
4.1 Unterschiede in den Persönlichkeitsfacetten und Persönlichkeitsbereichen	130
4.2 Unterschiede in den EDI-2 Skalen	134
4.3 Unterschiede in den demographischen Daten	136
5. Diskussion	137
6. Zusammenfassung	140
7. Literaturverzeichnis	142
8. Anhang	151
Anhang A: Diagnosekriterien von Essstörungen (DSM-4 und ICD-10)	151
Anhang A.1: Diagnosekriterien Anorexia Nervosa	151
Anhang A.2: Diagnosekriterien Bulimia Nervosa	153
Anhang A.3: Diagnosekriterien nicht näher spezifizierter Essstörungen	155
Anhang B: Untersuchungsmaterialien	157
Anhang B.1: Instruktion	157
Anhang B.2: Kurzfassung EDI-2	158
Anhang B.3: Aushang	161

1. Einleitung

In dieser Arbeit soll beleuchtet werden, inwieweit Essstörungen an bestimmte Persönlichkeitsmuster und Persönlichkeitseigenschaften gebunden sind. In Österreich leiden an die 200 000 Personen an einer Essstörung. Oftmals entsteht das Bild, Essstörungen treten vermehrt in der westlichen Gesellschaft auf. Das Schönheitsideal in der westlichen Gesellschaft stellt schlanke, beinahe dürre Menschen in den Vordergrund. Schlanksein wird gleichgesetzt mit Schönheit und andere Attribute verblassen zunehmend. Für die Menschen, die in dieser Gesellschaft leben, entsteht ein gewisser Druck, diesem Ideal zu entsprechen. Dennoch unterwirft sich nicht jeder diese Idealvorstellungen. Es stellt sich nun die Frage, ob Personen, die an einer Essstörung erkranken andere Ausprägungen in den verschiedenen Persönlichkeitsmerkmalen aufweisen, als Personen die nicht an einer Essstörung erkranken. Zudem scheint es sinnvoll, jene Persönlichkeitsmerkmale, bei denen Unterschiede aufzufinden sind, zu identifizieren und genauer zu betrachten. Dieser Ansatz kann für die Prävention und die Früherkennung von Essstörung große Bedeutung haben.

2. Theoretischer und empirischer Hintergrund

2.1 Essstörungen

Der Begriff Essstörung umfasst vorrangig zwei Störungsbilder: Anorexia Nervosa (AN) und Bulimia Nervosa (BN). Die Merkmale beider Störungsbilder, die Ursachen und die Häufigkeit ihres Auftretens werden in diesem Kapitel erläutert. Zudem wird in einem kurzen Exkurs auf die Merkmale von Adipositas eingegangen, welche in den Klassifikationssystemen für psychische Störungen weder in ICD-10, noch in DSM-4 als psychisches Störungsbild eingestuft wird.

Neben den klinischen Merkmalen der Essstörung wird der geschichtliche Verlauf der verschiedenen Schönheitsideale nachgezeichnet.

2.1.1 Geschichtlicher Hintergrund von Essstörungen

Die Geschichte der Essstörung beginnt nicht, wie häufig angenommen, erst im vorigen Jahrhundert mit der Erfassung dieser im ICD und DSM, das Alter dieser Krankheitsbilder ist jedoch in der Literatur nicht eindeutig. Aus dem Jahre 1874 vom Engländer Sir William Gull und aus dem Jahre 1873 vom Franzosen Ernest-Charles Lasegue sind einzelne Fallbeispiele bekannt, welche Patientinnen mit Anorexia Nervosa beinhalten. Diagnostische Kriterien wurden erst 1969 von Dally und 1972 von Feighner, Robins, Guze, Woodruff, Winokur und Munoz festgehalten (Franke, 2001). Russell erkannte 1970 die Bulimia

Nervosa als einen Teilaspekt der Anorexia Nervosa. Neun Jahre später legte er eine Abgrenzung zwischen den beiden Krankheitsbildern fest (Franke, 2001). 1948 wurde im International Classification of Disease (ICD-6) der Begriff der Anorexia Nervosa unter Symptomatiken des gastro-in-testinal Trakts eingeführt. 1975, in der 9. Auflage des ICD, wechselte die Anorexia Nervosa in den Bereich "Special symptoms and syndroms not else where classified". In diesem Jahr wurde auch die Bulimia nervosa in die Kategorie „Other unspecified disorders of eating“ eingetragen. In der 10. Ausgabe des ICD (1989) wurde der Bereich „Essstörungen“ eingeführt. Unter diesem Begriff sind auch beide Krankheitsbilder bis heute vermerkt (Reidl, 2005). Im Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM) wurde der Begriff Anorexia Nervosa bereits seit der ersten Ausgabe (1952) unter dem Bereich „Psycho-Physische Reaktionen“ angeführt und wechselte mit der 2. Ausgabe in den Bereich „Störungen der Nahrungsaufnahme“ (1968). Die Eintragung der Bulimia Nervosa erfolgte mit der dritten Ausgabe des DSM 1980. Beide Krankheitsbilder wurden ab diesem Zeitpunkt unter der Kategorie „Essstörungen“ subsumiert (Farrell, 2000, zitiert nach Reidl, 2005).

Adipositas wird im DSM-4 Diagnoseschema nicht berücksichtigt. Im ICD-10 findet man sie unter der Bezeichnung „Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen“ (Franke, 2001). Neben diesen kategorialen Einordnungen der Essstörung im DSM und ICD

wurde von verschiedenen Autoren auch eine dimensionale Diagnostik diskutiert. Hierbei soll das Krankheitsbild der Essstörung nach der jeweiligen Ausprägung auf den Dimensionen „Körpergewicht“ (starkes Untergewicht versus Übergewicht) und „Essverhalten“ (Fasten versus Überessen) klassifiziert werden. Unter Essstörungen werden meist die Anorexia Nervosa und die Bulimia Nervosa verstanden. Wissenschaftlich gesehen existieren neben diesen Ausprägungen der Essstörung viele weitere Erkrankungsbilder, die jeweils nicht dem Vollbild einer Anorexie oder Bulimie entsprechen. Diese unterschiedlichen Ausprägungen werden auch im ICD-10 und DSM-4 vertreten.

2.1.2 Klassifikation von Essstörungen

2.1.2.1 Anorexia Nervosa

Die Anorexia Nervosa kann übersetzt werden mit „nervöser Appetitlosigkeit“. Dieser Begriff ist jedoch eher irreführend, da er nicht das Kernbild der Anorexia ausdrückt, da es sich bei diesem Krankheitsbild um eine bewusste, aktive Verweigerung von Nahrung handelt und nicht aufgrund von Appetitlosigkeit keine bis wenig Nahrung eingenommen wird. Eine weitere Bezeichnung ist die „Pubertätsmagersucht“. Die „Pubertätsmagersucht“ beinhaltet, dass die Erkrankung in den meisten Fällen in der Pubertät beginnt und durch das Verlangen

möglichst schlank zu sein, gekennzeichnet ist (Herpertz-Dahlmann, 2002).

Die Leitsymptome einer Anorexia Nervosa sind ein markanter Gewichtsverlust innerhalb kurzer Zeit, die Weigerung ein Minimum des normalen Körpergewichtes zu halten, eine erhöhte Ängstlichkeit in Bezug auf eine Gewichtszunahme, die primäre oder sekundäre Amenorrhö, Verzerrungen im kognitiven Bereich, vor allem das eigene Körperbild betreffend, ein hohes Aktivitätsniveau und eine starke Beschäftigung mit dem Gewicht und der Körperfigur (Sass, Wittchen & Zaudig, 1996; Franke, 2002; Comer, 2001).

Am Beginn einer Anorexie steht meist eine Diät und der Wunsch einige Kilos zu verlieren. Die Speisenauswahl ist durch eine möglichst niedrige Kalorienanzahl und geringen Fettgehalt gekennzeichnet. Im Laufe einer Anorexie werden sehr viele Speisen, die als „Dickmacher“ gelten, gestrichen. Personen mit Anorexia Nervosa schränken ihren Speiseplan stark ein und nicht selten bleiben als „erlaubte“ Nahrungsmittel nur Obst, Gemüse, Magermilchprodukte und trockenes Brot. Auch von diesen Nahrungsmitteln wird genau eingeteilt in welchen Mengen sie aufgenommen werden und daher wird auch von diesen nur sehr wenig verzehrt. Zusätzlich wird ein ausgiebiges Sportprogramm zusammengestellt, je nach Krankheitsbild wird einer Gewichtszunahme auch mit Erbrechen und Abführmittel entgegengewirkt. Bei Magersüchtigen ist oftmals eine bizarre

Einstellung zum Essen zu beobachten. Dazu gehören etwa das Horten von Lebensmitteln (teilweise auch bereits verdorbener Produkte), intensive Beschäftigung mit Kochbüchern oder ausgiebiges Kochen für Freunde und Familie (Franke, 2001).

In der Literatur wird berichtet, dass anorektische Patienten/innen zum Teil auch Träume haben, die um Nahrungsmittel und Essen kreisen (Frayn, 1991; Levitan, 1981, zitiert nach Comer, 2001).

Dieses auf die Nahrung bezogene Zwangsverhalten und das durchgehende Beschäftigen mit Ernährung kann durch die Unterernährung ausgelöst oder verstärkt werden (nach DSM-4) (Sass, Wittchen & Zaudig, 1996).

Unterstrichen wird diese Aussage durch die so genannte „Hungerstudie“, die in den späten 1940er Jahren durchgeführt wurde (Keys et al. 1950, zitiert nach Comer, 2001). Die Teilnehmer dieser Studie waren 36 Kriegsverweigerer, die sich freiwillig für dieses Projekt meldeten und sechs Monate auf eine sehr strenge Diät gesetzt wurden. Die Teilnehmer beschäftigten sich ausgiebig mit der Planung der Einnahme der Mahlzeiten, sprachen auch sehr viel über dieses Thema, lasen vermehrt Kochbücher und träumten auch vom Essen.

Oftmals können anorektische Patienten/innen ihren Körperumfang nicht mehr realistisch einschätzen. Das heißt, sie leiden unter einer „kognitiven Störung“ dahingehend, dass sie sich,

obwohl sie stark untergewichtig sind, im Spiegel immer noch als zu dick wahrnehmen (Bruch, 2004). Eine realistische Einschätzung des eigenen Körpers scheint laut Hilde Bruch die „Vorbedingung zur Genese“ der Anorexie. Gottheil erkannte in einer Fallstudie, dass Patientinnen durch Konfrontation mit Videoaufnahmen ihre ausgehungerte Figur schrittweise besser wahrnehmen konnten, als wenn sie nur mit dem Spiegelbild konfrontiert werden. Zunehmend verändert sich auch die Einstellung hinsichtlich des Dünnsseins dahingehend, dass sie es als unansehnlich wahrnehmen (Gottheil, 1969, zitiert nach Bruch, 2004).

Diese Störung des Körperbildes besteht oftmals bereits einige Zeit vor der Erkrankung. Rundere Formen, die sich während der Pubertät entwickeln, werden mit „äußerstem Unbehagen erlebt“ und nicht als natürlicher Entwicklungsprozess des Körpers (Bruch, 2004).

Ein Experiment von Rushford und Ostermayer (1997, zitiert nach Comer, 2001) zeigte diese Annahme deutlich. Die Probanden wurden aufgefordert, mit Hilfe eines Geräts die Abbildung ihres eigenen Körpers so zu verstellen, dass es ihrem tatsächlichen Körperumfang zeigt. Mehr als die Hälfte der Personen, die an Anorexie litten, überschätzten ihren Körperumfang und stellten das Bild so ein, dass ihr Körperumfang höher war, als er tatsächlich war. Die Mehrzahl

der Personen der Kontrollgruppe unterschätzte hingegen ihren Körpermitfang.

Zudem ist es für Anorexiapatienten/innen zumeist das Hauptziel „perfekt“ sein zu wollen oder sie vertreten die Annahme, dass sie mit Hilfe der Selbstkasteiung ein „besserer Mensch“ werden können.

Im DSM-4 werden weitere Merkmale, die infolge einer Anorexia Nervosa auftreten können beschrieben, wie „depressive Stimmung, sozialer Rückzug, Reizbarkeit, Schlaflosigkeit und verringertes sexuelles Interesse“. Diese Symptome entsprechen oftmals dem Diagnoseschema einer Major Depression. Da diese Symptome auch bei Menschen beobachtet werden, die nicht an Magersucht leiden, aber von Hunger geplagt sind, wird vermutet, dass diese Merkmale vor allem in Folge der Mangelernährung auftreten und sollten daher nachdem wieder ein „normaler“ Gewichtszustand erreicht ist neu beurteilt werden. Zudem sind bei anorektischen Patienten/innen Verhaltensweisen, wie Hemmung in der Öffentlichkeit zu essen, zu beobachten. Personen mit diesem Störungsbild verspüren oftmals ein Gefühl der Ineffektivität der eigenen Person und ein starkes Bedürfnis, ihre Umwelt kontrollieren zu wollen. Zudem sind ihre Gedanken oftmals rigide, was sich auch im zwanghaften Verhalten gegenüber Nahrung zeigt (wie bereits oben erwähnt). Zum Beispiel befolgen sie strenge Regeln bei der Zubereitung der Mahlzeiten (Schneiden der Nahrungsmittel etc.) (Comer,

2001). Im sozialen Bereich sind Personen mit Anorexia Nervosa zum Teil befangen, da der emotionelle Ausdruck beschränkt sein kann oder sie nicht in der Lage sind, spontan auf Ereignisse zu reagieren (Sass, Wittchen & Zaudig, 1996).

2.1.2.1.1 Diagnosekriterien der Anorexia Nervosa nach DSM-4 und ICD-10

Nach den Diagnosekriterien von DSM-4 (Sass, Wittchen & Zaudig, 1996) und ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 2005) ist die Anorexia Nervosa anhand der nachfolgenden Aspekte zu diagnostizieren. Einen Überblick bietet die in Anhang A.1 befindliche Tabelle.

Das Kriterium A im DSM-4 sowie das erste Kriterium im ICD-10 legen fest, ab wann eine Person als untergewichtig einzustufen ist. Im DSM-4 wird verlangt, dass die jeweilige Person nur mehr 85 % des für ihr Alter und ihre Größe normalen Körpergewichts aufweist. Im ICD-10 wird alternativ als weiteres Gewichtskriterium ein Body Mass Index von 17.5 oder weniger angegeben. Aus diesem Grund soll an dieser Stelle kurz angeführt werden, welche Bedeutung dem Body Mass Index zukommt. Neben verschiedenen Wachstumstabellen (wie der Metropolitan Life Insurance Tabelle oder der pädiatrischen Wachstumstabelle) wird zur Bestimmung, ob eine Person untergewichtig ist, auch der Body Mass Index (BMI oder Quetelets-Index) verwendet. Der BMI soll die Körpermasse

widerspiegeln, das Körpergewicht wird dabei in Bezug zur Körpergröße gesetzt. Hierbei wird das Gewicht in Kilogramm durch die Körpergröße in Meter zum Quadrat dividiert. Liegt der BMI bei 17.5 kg/Quadratmeter oder darunter ist das Kriterium des Untergewichts erfüllt. Bei der Bestimmung dieses Kriteriums ist es jedoch wichtig nicht nur diese Richtwerte einzubeziehen, sondern auch auf den individuellen Körperbau und die Gewichtsentwicklung im Allgemeinen zu beachten (DSM 4). Wichtig ist auch noch zu beachten, dass bei einem sehr frühen Beginn der Anorexie, vor Beginn der Pubertät, nicht unbedingt das Gewicht verringert sein muss, um dieses Kriterium erfüllt zu wissen. Hier ist es entscheidend zu beachten, ob das Gewicht trotz Wachstumsphase gleich bleibt. Da der BMI auch zur Bestimmung von Adipositas verwendet wird, soll an dieser Stelle kurz vermerkt werden, in welchem Rahmen sich der BMI bewegt. Unter einem Wert von 20 spricht man bereits von Untergewicht (wie bereits erwähnt wurde ein Wert von 17.5 oder darunter festgelegt, um das erste Kriterium zu erfüllen). Im Bereich zwischen 21 und 25 gilt die jeweilige Person als normalgewichtig. Zwischen 26 und 30 weist eine Person leichtes Übergewicht auf und ab einem BMI Wert von 30 gilt eine Person als stark übergewichtig. Bei einem BMI Wert von 40 oder darüber wird extremes Übergewicht diagnostiziert (Franke, 2001; Sass, Wittchen & Zaudig, 1996; Dilling, Mombour & Schmidt, 2005).

Diese grobe Darstellung der BMI Werte werden noch verfeinert durch die Einbeziehung des Geschlechts und des Alters. So ist es zum Beispiel wichtig bei Personen unter dem 15. Lebensjahr, den BMI anders zu bewerten. Zudem ist es auch wichtig zu beachten, dass Personen im Alter zwischen 18 und 19 (Männer und Frauen) durchschnittlich das geringste Gewicht aufweisen. Dieses durchschnittliche Körpergewicht steigt ab dem 3. Lebensjahrzehnt kontinuierlich an. Zudem wird grundsätzlich davon ausgegangen, dass Männer ein höheres Gewicht aufgrund des Knochenbaus und der Körperzusammensetzung aufweisen und deshalb eine männliche Person und eine weibliche Person bei gleichem BMI in eine andere Kategorie fallen können (Pils, Stocker & Wrba, 2001).

Im Kriterium B des DSM-4 wird festgehalten, dass Personen mit einer Anorexia Nervosa große Ängste vor einer Gewichtszunahme aufweisen. Diese Ängste werden jedoch nicht geringer, wenn die Person an Gewicht verliert, sondern bestehen weiterhin oder verstärken sich sogar zunehmend. Im ICD-10 findet sich dieses Kriterium im Punkt 3 wieder. Das heißt, der/die Betroffene hat große Angst davor dick zu werden und „legt für sich selbst eine sehr niedrige Gewichtsschwelle fest“ (Sass, Wittchen & Zaudig, 1996; Dilling, Mombour & Schmidt, 2005).

Das Kriterium C beinhaltet, dass bei Personen mit Anorexia Nervosa „das Erleben und die Bedeutung des Körpergewichtes und der Figur gestört ist“. Zum einen erleben sich diese Personen

oftmals insgesamt als zu dick, zum anderen beurteilen sie einzelne Körperpartien wie Bauch, Gesäß und Hüften als zu dick. Sie sind stark damit beschäftigt ihr Gewicht, z.B. durch Wiegen und ihre Figur, z.B. durch das Abmessen von Körperpartien oder genaue Betrachtung vor dem Spiegel, zu kontrollieren und zu beobachten. Das Selbstwertgefühl ist stark mit der Gewichtsabnahme bzw. Zunahme verknüpft. So wird zum Beispiel eine Gewichtszunahme als absolut „inakzeptables Versagen der Selbstkontrolle“ gewertet, hingegen eine Gewichtsabnahme als eine besonders „großartige Leistung“ empfunden, die von „außergewöhnlicher Selbstdisziplin“ zeugt. Anorektische Patienten/innen können somit selten eingestehen, dass sie untergewichtig sind und leugnen in den meisten Fällen auch die „medizinischen Konsequenzen“ eines solchen Mangelzustandes (Sass, Wittchen & Zaudig, 1996; Dilling, Mombour & Schmidt, 2005).

Bei Frauen kommt es meist zum Ausbleiben der Regelblutung (Amenorrhö) auf Grund des Gewichtsverlustes und diese körperliche Dysfunktion wird im Kriterium D festgehalten. Eine Amenorrhö kann in manchen Fällen auch bereits vor der Gewichtsabnahme einsetzen. Bei Mädchen vor der Pubertät mit diesem Störungsbild kann das Einsetzen der Periode verzögert sein. Im ICD-10 wird dieses Kriterium im Punkt 4 näher beschrieben. Durch die Störung des endokrinen Systems (auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse) kommt es, wie auch im DSM-4 geschrieben, zum Ausbleiben der Regelblutung. Es wird

zudem ausgeführt, dass Männer bei bestehender Anorexia Nervosa unter Libido-und Potenzverlust leiden (Sass, Wittchen & Zaudig, 1996; Dilling, Mombour & Schmidt, 2005).

Im Punkt 2 des ICD-10 wird ausführlich beschrieben, dass der Gewichtsverlust bei anorektischen Patienten/innen „selbst herbeigeführt“ ist. Da die verschiedenen Arten der gewichtsreduzierenden Maßnahmen bei dieser Erkrankung bereits oben angeführt wurden, sollen an dieser Stelle nur die einzelnen Methoden aufgelistet werden:

- a. Vermeidung von hochkalorischen Speisen; sowie eine oder mehrere der folgenden Verhaltensweisen (b. bis e.)
- b. selbstinduziertes Erbrechen
- c. selbstinduziertes Abführen
- d. übertriebene körperliche Aktivitäten
- e. Gebrauch von Appetitzüglern oder Diuretika

Es wird darauf hingewiesen (siehe Anhang A.1 „Diagnosekriterien Anorexia Nervosa“, Punkt 5), dass bei „Beginn der Erkrankung vor der Pubertät die Abfolge der Entwicklungsschritte verzögert oder gehemmt“ ist. Es kann zum Beispiel zu einem Wachstumsstopp oder zu einer verzögerten Entwicklung der primären Geschlechtsmerkmale kommen. Nach dem Ende der Erkrankung „läuft die Pubertätsentwicklung häufig

normal" weiter, „die Menarche tritt aber verspätet ein“ (Dilling, Mombour & Schmidt, 2005).

Im DSM-4 werden als Subtypen der Anorexia Nervosa der „restriktive“ und der „Binge/Purging- Typus“ angegeben. Unter „restriktivem Typus“ wird verstanden, dass eine Person ihr Gewicht dadurch verliert und kontrolliert, indem sie/er diätiert, fastet oder sich übermäßig sportlich betätigt und während diese Phase „keine regelmäßigen Fressanfälle“ hat oder „Purging Verhalten“ aufweist. Als „Purging-Verhalten“ werden Verhaltensweisen bezeichnet, wie selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Laxtantien, Diuretika oder Klistieren. Beim „Binge/Purging Typus“ haben die Personen „regelmäßig Fressanfälle“ oder weisen „Purging Verhalten“ auf. In vielen Fällen treffen beide Verhaltensweisen zusammen.

Purgingverhalten tritt fallweise auch, auf wenn kein Fressanfall vorangegangen ist und nur eine kleine Nahrungsmenge aufgenommen wurde (Sass, Wittchen & Zaudig, 1996).

Im ICD-10 wird unter F50.1 noch die „atypische Anorexie“ angeführt. Diese Diagnose wird dann verwendet, wenn „ein oder mehrere Kernmerkmale der AN nicht erfüllt werden (Amenorrhö, kein signifikanter Gewichtsverlust), bei einem ansonsten ziemlich typischen klinischen Bild“. „Patienten/innen mit einer leichten Ausprägung der Kernmerkmale“ fallen auch in dieses Diagnoseschema (Dilling, Mombour & Schmidt, 2005).

2.1.2.1.2 Körperliche Auswirkungen der Anorexia Nervosa

Durch die Mangelernährung können viele Organe (wie zum Beispiel die Nierenfunktion) beeinträchtigt sein. Eine Dehydrierung des Körpers ist sehr wahrscheinlich. Zudem zeigen sich Personen mit Anorexia Nervosa vermehrt kälteempfindlich. Weitere medizinische Merkmale der Anorexie sind die Entwicklung einer übermäßigen Behaarung, Ödembildung aber auch die Zähne und der Zahnschmelz werden angegriffen (besonders bei regelmäßigem Purging Verhalten), der Blutdruck ist erniedrigt oder es tritt Osteoporose auf (Sass, Wittchen & Zaudig, 1996). Zudem ist die Pulsfrequenz oftmals herabgesetzt, auch können Störungen des Elektrolythaushaltes und des Stoffwechsels auftreten, was wiederum das Herzkreislaufsystem stark beeinträchtigt, zu Herzstillstand oder -versagen und zum Zusammenbruch des Kreislaufes führen kann. Zudem zeigen sich die Unterernährung und die einseitige Ernährung auch im Hautbild (eher trocken und rissig), den Haaren oder brüchigen Nägeln (Comer, 2001).

Wie auch in den Diagnosekriterien für Anorexia Nervosa festgelegt, kann es zu einem vollständigen Ausbleiben des Menstruationszyklus kommen. Auch das Endokrine System scheint oftmals gestört. Auffällig ist natürlich auch die starke Unterernährung (Franke, 2001).

2.1.2.2 Bulimia Nervosa

Die Bulimia Nervosa beinhaltet die griechischen Worte „limos“ (Hunger) und „bonus“ (Ochse) und lässt sich daher mit „Ochsenhunger“ übersetzen (Comer, 2001). Diese Bezeichnung kennzeichnet eine der Hauptcharakteristika dieser Störung und zwar das wiederholte Auftreten von „Essattacken“ (Dilling, Mombour & Schmidt, 2005) oder „Fressattacken“ (Sass, Wittchen & Zaudig, 1996). Um eine Gewichtszunahme zu verhindern wird nach diesen Essattacken selbstinduziert Erbrechen herbeigeführt, Abführmittel eingesetzt oder auch durch vermehrte körperliche Aktivität entgegengewirkt. Zwischen den Essanfällen zeigen viele Patienten/innen ein gezügeltes Essverhalten. Auch dieses Krankheitsbild beinhaltet eine massive Angst vor dem „Dicksein“ und eine übermäßige Beschäftigung mit Gewicht und Figur. Die Personen fühlen sich den Essanfällen hilflos ausgeliefert und nicht im Stande, diese zu kontrollieren (Franke, 2001).

Vor einer Essattacke berichten viele Patienten über ein „unerträgliches Spannungsgefühl“ (Johnson et al. 1995, zitiert nach Comer, 2001). Bei einem Essanfall werden zwischen 1500 und 3000 Kalorien verzehrt (Agras, 1995, zitiert nach Comer, 2001).

Es werden vorwiegend Speisen mit süßem Geschmack und weicher Konsistenz gewählt. Oftmals spielt es dabei keine Rolle, was verzehrt wird oder ob die Nahrungsmittel schmecken (Agras,

1995, zitiert nach Comer, 2001). Die Zahl der Essanfälle pro Woche ist von Person zu Person verschieden, es können aber bis zu 40 in der Woche sein (Mizes 1995, zitiert nach Comer, 2001).

Dieses Spannungsgefühl tritt während des Essanfalls in den Hintergrund, jedoch kommt es in weiterer Folge zu starken Schuldgefühlen, Selbstvorwürfen, einer depressiven Verstimmung und auch Angst hinsichtlich der Zunahme an Körpergewicht (Poruelius et al., 1999; Mizes, 1995, zitiert nach Comer, 2001).

So greifen bulimische Patienten/innen zu kompensatorischen Maßnahmen, wie Erbrechen (Franke, 2001; Comer, 2001).

Dadurch entsteht ein Kreislauf, der sehr schwierig zu durchbrechen ist, da die natürlichen Mechanismen wie Sättigung außer Kraft treten (Wooley und Wooley 1985, zitiert nach Comer, 2001). Zwar können durch das Erbrechen kurzfristig die negativen Gefühle beseitigt werden, jedoch ist diese emotionale Erleichterung nicht von langer Dauer (DeSiva 1995, Mizes 1995 zitiert nach Comer, 2001).

Kanakis und Thelen (1995, zitiert nach Comer, 2001) berichten darüber, dass sich bulimische Patienten häufig „machtlos, überflüssig und angeekelt vor sich selbst“ fühlen.

Bedeutend ist auch noch zu erwähnen, dass viele der Betroffenen klar erkennen, dass sie an einer Essstörung leiden (Comer, 2001).

Auch diese Erkrankung, wie auch bei Anorexia Nervosa, kann mit einer harmlos scheinenden Diät beginnen. In Studien konnte herausgefunden werden, dass eine strenge Nahrungsmittelreduktion Essanfälle begünstigt (Comer, 2001). Auch hier kann die „Hungerstudie“ nach Keys et al (1950, zitiert nach Comer, 2001) zur Erklärung herangezogen werden, in der berichtet wird, dass Probanden, die an der Studie teilnahmen, wenn sie wieder normal essen konnten und ausreichend Nahrung zur Verfügung hatten Essanfälle hatten und das Gefühl verspürten, auch nach einer ausgiebigen Mahlzeit weiterhin hungrig zu sein.

Ein weiteres Merkmal der Bulimia Nervosa ist, dass das Gewicht dieser Personen in vielen Fällen im Normalbereich liegt, wobei auch leichtes Unter- beziehungsweise Übergewicht vorliegen kann. In seltenen Fällen können auch Personen mit stärkerem Übergewicht von der Erkrankung betroffen sein. Zudem wird berichtet, dass Personen, die an Bulimia Nervosa erkranken, zuvor mit erhöhter Wahrscheinlichkeit übergewichtig waren (Sass, Wittchen & Zaudig, 1996).

Es können affektive Störungen wie eine dysthyme Störung oder eine Major Depression beim Beginn oder während der Bulimia Nervosa auftreten. Bei manchen Personen besteht eine derartige

Störung jedoch auch schon vor Beginn der Essstörung. Nicht selten können auch Angststörungen im Zuge der Erkrankung auftreten. Auch Substanzenmissbrauch und Abhängigkeit sind bei etwa einem Drittel der bulimischen Patienten/innen zu beobachten. Bei einem Drittel bis zur Hälfte der Bulimiker/innen kann die Diagnose einer oder mehrerer Persönlichkeitsstörungen gestellt werden (Sass, Wittchen & Zaudig, 1996).

2.1.2.2.1 Diagnosekriterien der Bulimia Nervosa nach DSM-4 und ICD-10

Nach DSM-4 (Sass, Wittchen & Zaudig, 1996) und ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 2005) wird das Krankheitsbild der Bulimia Nervosa wie nachfolgend beschrieben, festgelegt. Einen Überblick bietet die Tabelle in Angang A.2 „Diagnosekriterien Bulimia Nervosa“.

Im Kriterium A des DSM-4 wird festgelegt unter welchen Umständen von einem „Fressanfall“ gesprochen werden kann. Ein „Fressanfall“ ist gekennzeichnet durch den „Verzehr einer bestimmten Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum, wobei die Nahrungsmenge erheblich größer ist als die Menge, die die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum und unter vergleichbaren Bedingungen essen würden“ (Sass, Wittchen & Zaudig, 1996). Hierbei ist das Umfeld und die Situation zu beachten in der die Nahrung aufgenommen wird. Zum Beispiel

wird bei einem Festessen durchschnittlich mehr gegessen und kann somit nicht als Fressattacke gewertet werden. Auch der Zeitraum wird in diesem Kriterium festgelegt. Meist findet eine Fressattacke in einem Zeitraum von zwei Stunden oder darunter statt und muss sich nicht auf einen Ort beschränken. Es kann bei einem Restaurant im Zusammensein mit Freunden beginnen und anschließend zu Hause fortgesetzt werden. Charakteristisch für diese Erkrankung ist auch, dass sich die Personen für ihr Essverhalten schämen und dieses daher verheimlichen (Sass, Wittchen & Zaudig, 1996). Ein Fressanfall kann durch einen unangenehmen Stimmungszustand, zwischenmenschliche Probleme oder „Belastungssituationen“, sowie durch intensives Hungern im Rahmen einer Diät, ausgelöst werden. Ein weiterer Grund kann in der Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und dem Gewicht liegen. Kurzfristig verbessert sich die Stimmungslage des/der Patienten/in zwar, aber innerhalb kürzester Zeit treten Selbstzweifel und Selbstkritik auf und das Selbstwertgefühl der Person wird wieder stark angegriffen (Comer, 2001).

Die Art der Nahrungsmittel scheint nicht unbedingt generalisierbar. Hauptsächlich werden jedoch Nahrungsmittel mit einem hohen Kaloriengehalt und/oder Fettgehalt verzehrt. Auch Süßigkeiten sind sehr beliebt. Die Nahrungsmittel sollen ohne großen Aufwand zu schlucken sein. Zudem ist die Konsistenz der Nahrungsmittel auch für das nachfolgende Kompensationsverhalten wie Erbrechen nicht ohne Bedeutung. Im

zweiten Teil des Kriteriums A wird deutlich, dass die Personen mit Bulimia Nervosa während eines „Fressanfalls“ einen Kontrollverlust erfahren. Dieser kann erst beendet werden, wenn sich ein äußerst unangenehmes Völlegefühl einstellt. Wird die Person jedoch dadurch gestört, dass eine andere Person den Raum betritt, wird der Anfall sofort beendet. Das Kriterium A entspricht dem Punkt 1 im ICD-10. Hier wird angeführt, dass eine Person mit der Bulimia Nervosa eine „andauernde Beschäftigung mit dem Essen“ erfährt und von einer „unwiderstehlichen Gier nach Nahrungsmitteln“ begleitet wird, die schließlich in einer Essattacke endet (Sass, Wittchen & Zaudig, 1996; Dilling, Mombour & Schmidt, 2005).

Von ca. 80 bis 90 % der Personen mit Bulimia Nervosa wird die Technik des „selbstinduzierten Erbrechens“ nach einer „Fressattacke“ angewandt. Bei längerer Krankheitsdauer sind die Personen oftmals sogar in der Lage auf Wunsch zu erbrechen. Weitere Kompensationsstrategien, die im Kriterium B festgehalten sind, sind der Missbrauch von Diuretika und Laxantien, die von ca. einem Drittel der Betroffenen eingenommen werden (Sass, Wittchen & Zaudig, 1996).

Betroffene Personen versuchen auch ihr übermäßiges Essen zu kompensieren indem sie über längere Zeit gar nichts zu sich nehmen (z.B. über einen Tag oder länger). Eine weitere Strategie nicht zuzunehmen, trotz der Essattacken, ist eine übermäßige sportliche Betätigung. Als übermäßig wird sie dann

bezeichnet, wenn sie in unpassender Umgebung, unangemessener Zeit oder zu einem Zeitpunkt ausgeübt wird, wenn die sportliche Betätigung „mit anderen wichtigen Aktivitäten kollidiert“ oder trotz körperlicher Beschwerden oder Verletzungen ausgeführt wird (Sass, Wittchen & Zaudig, 1996). Auch im ICD-10 werden die Kompensationsmaßnahmen, um eine Gewichtszunahme zu vermeiden, im Punkt 2 angeführt. In diesem Diagnoseschema wird auch noch auf die Gefahr hingewiesen, dass Diabetikerinnen mit diesem Störungsbild zum Teil auch die Insulinbehandlung vernachlässigen (Dilling, Mombour & Schmidt, 2005).

Wie bereits erwähnt, sind ein Hauptmerkmal der Bulimia Nervosa die „Fressattacken“ und die darauf folgenden unangemessenen Verhaltensweisen, um einer Gewichtszunahme entgegen zu steuern. Im DSM-4 sind für eine Diagnose der Bulimia Nervosa zwei Richtwerte vorgegeben. Zum Einen müssen diese Verhaltensweisen mindestens zweimal pro Woche auftreten und zum Anderen ist eine Dauer von mindestens drei Monaten für eine Diagnosestellung erforderlich (Kriterium C des DSM-4). Wie auch bei der Anorexia Nervosa ist auch bei Bulimia Nervosa der Selbstwert stark an die körperliche Erscheinung und das Gewicht geknüpft und wird daher im Diagnoseschema des DSM-4 im Punkt D festgehalten (Sass, Wittchen & Zaudig, 1996).

Im ICD-10 wird im Punkt 3 ebenfalls darauf hingewiesen, dass Personen mit diesem Störungsbild starke Ängste aufweisen,

Gewicht zuzunehmen und einen klaren Richtwert für ihr Körpergewicht definieren. Zudem kann oftmals eine frühere Episode von Anorexia Nervosa nachgewiesen werden (Dilling, Mombour & Schmidt, 2005).

Aufgrund dieser Überschneidungen der Anorexia Nervosa und Bulimia Nervosa in Bezug auf Verknüpfung des Selbstwertgefühls mit dem Gewicht und der Angst vor einer Gewichtszunahme wird im Kriterium E des DSM-4 verlangt, dass eine Bulimia Nervosa nicht diagnostiziert werden darf, wenn die Symptome „nur während einer Episode der Anorexia Nervosa auftreten“ (Sass, Wittchen & Zaudig, 1996).

Im DSM-4 werden zwei Subtypen charakterisiert. Zum Einen der „Purging Typus“, bei dem regelmäßig selbstindiziertes Erbrechen, Missbrauch von Laxtantien, Diuretika oder Klistiere angewendet werden und der „Nicht-Purging-Typus“ der Kompensationsverhalten wie Fasten, übermäßige körperliche Betätigung umfasst. Wie auch schon bei der Diagnoseerstellung von Anorexia Nervosa, wird im ICD-10 die „atypische Bulimia Nervosa“ eingeführt. Diese Diagnose wird dann erstellt, wenn „ein oder mehr Kernmerkmale der Bulimia Nervosa fehlen bei ansonsten recht klinischen Bild“ (Sass, Wittchen & Zaudig, 1996; Dilling, Mombour & Schmidt, 2005).

2.1.2.2.1 Körperliche Auswirkungen der Bulimia Nervosa

Aufgrund des Purging Verhaltens sind bei Personen, die an Bulimia Nervosa erkrankt sind, die Zähne und der Zahnschmelz stark angegriffen. Der Elektrolyt- und Wasserhaushalt kann in Folge der Erkrankung gestört sein. Zudem sind auch Menstruationsunregelmäßigkeiten oder Amenorrhö zu beobachten. Seltener können Herzarrhythmien oder Risse der Speiseröhre bzw. der Verdauungsorgane vorliegen (Sass, Wittchen & Zaudig, 1996). Laut Anne Franke (2001) kann es vermehrt aufgrund des Erbrechens zu Verletzungen des Mund- und Halsbereiches kommen, sowie zu Verletzungen im Handbereich in Folge des selbstinduzierten Erbrechens. Das Gewicht ist im Gegensatz zu anorektischen Patienten/innen eher unauffällig (Franke, 2001).

2.1.2.3 Adipositas

Adipositas wird nach den Diagnosekriterien des ICD-10 und DSM-4 nicht zu den Essstörungen gezählt. Im ICD-10 werden Essattacken, die in Folge von belastenden Ereignissen auftreten und zu Übergewicht führen unter der Kennziffer F 50.4 „Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen“ geführt (Franke, 2001; Dilling, Mombour & Schmidt, 2005). Aber auch die „Binge-Eating Störung“ nach DSM-4 unter dem Punkt 307.50 „Nicht näher bezeichnete Essstörung“ beinhaltet wiederholte Essattacken ohne einer Gewichtszunahme

entgegensteuernde Maßnahmen. Dabei erlebt die Person einen Kontrollverlust in Bezug auf die Nahrungseinnahme. Die Personen essen oftmals alleine und werden von starken Ekelgefühlen gegenüber sich selbst und Scham geplagt (Sass, Wittchen & Zaudig, 1996).

Adipositas beinhaltet einen Überschuss an Körperfett. Zur Bestimmung dieser Erkrankung wird häufig der Body Mass Index verwendet. Als adipös werden Personen ab einem BMI von 30 bezeichnet und ab einem BMI von 40 handelt es sich um Adipositas per magna. Adipositas kann infolge viele körperliche Schwierigkeiten, wie Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, Schlaganfälle, Diabetes, Gallensteine, Schädigung der Gelenke und anderer Teile des Stützapparats, Zyklusstörungen und Komplikationen während der Schwangerschaft mit sich bringen (Franke, 2001).

Wichtig hinsichtlich möglicher Folgererkrankungen ist die Bestimmung der „Waist-to-Hip-Ratio“ (WHR). Das heißt der Taillenumfang wird in Relation zum Hüftumfang gesetzt, um anschließend eine Aussage über die Fettverteilung machen zu können (Taillenumfang dividiert durch Hüftumfang). Für gesunde Frauen liegt der WHR zwischen 0.67 und 0.80, bei Männern zwischen 0.85 und 0.95 (Pils, Stocker & Wrba, 2001). Liegt die WHR unter 0.80 (Frauen unter 0.85 und Männer unter 1) handelt es sich um die gynoide Form der Adipositas, bildlich ausgedrückt um die „Birnenform“, bei der das Fett vorwiegend

an den Oberschenkeln und im Gesäßbereich platziert ist. Bei einer WHR über 1 (Frauen über 0.85 und Männer über 1) geht man von der androiden Form der Adipositas aus. Diese Ausprägung ist gekennzeichnet durch einen apfelförmigen Körperbau. Das heißt, Fett ist überwiegend in der Bauchgegend angelagert. Ein höheres Erkrankungsrisiko geht mit der androiden Form einher. Diese beiden Formen kommen sowohl bei Männern als auch Frauen vor, wobei die gynoide Form bei Frauen häufiger anzutreffen ist (Franke, 2001).

Adipositas hat jedoch nicht nur körperliche Folgeerscheinungen, auch im psychischen Bereich zeigen sich negative Auswirkungen. Oftmals leiden das Selbstwertgefühl und die gesamte Lebensqualität des betroffenen Menschen unter dieser Erkrankung und es kann im Lauf der Jahre zu depressiven Verstimmungen kommen. An Adipositas erkrankte Menschen erleben sich oftmals als Versager, da sie immer wieder Diätversuche unternommen haben, danach aber immer wieder zugenommen haben. Nicht selten isolieren sich adipöse Personen von ihrem Umfeld und soziale Kontakte werden stark durch das „Ausgeschlossen werden“ von verschiedenen Freizeitaktivitäten eingeschränkt. Zudem müssen sie sich immer wieder den negativen Zuschreibungen ihres Umfelds aussetzen (in der Schule, am Arbeitsplatz, allgemein im öffentlichen Raum). Dabei wird vom körperlichen Erscheinungsbild auf ihre psychischen Eigenschaften geschlossen. Diese Anschuldigungen, wie „faul“,

„disziplinlos“, „schwach“ zu sein tragen zudem zur Beeinträchtigung der Lebensqualität bei. (Franke, 2001)

Hilde Bruch (2004) legt offen, dass auch Adipositas oder „Fettsucht“ eine Folge von psychischen Schwierigkeiten sei, deren Ursache in einer Störung der Dynamik zwischen Kind und Eltern ist. Das „fettsüchtige“ Kind übernimmt eine ganz bestimmte Rolle in der Familie. Mit Hilfe des Kindes wollen die Eltern eigene Frustration und Misserfolge kompensieren. Das Kind als eigenständige Person mit Bedürfnissen anzusehen, wird dabei übersehen. Nach Beobachtungen in der Beratungsstelle zeigten Kinder mit schwerem Übergewicht für das Alter sehr unselbständiges Verhalten und auch eine vermehrte Inaktivität im Spielverhalten wurde beobachtet. Eine gestörte, für das Kind verwirrende Kommunikation zwischen den Eltern sei, wie Bruch beschreibt, ein Kernaspekt in der gestörten Entwicklung des Kindes. Ein Beispiel dafür ist der rasche, für das Kind nicht nachvollziehbare Wechsel zwischen Nähe und Distanz (Bruch, 2004).

Im ICD-10 findet sich eine Kodierung (E66.1) für Übergewicht in Folge medikamentöser Behandlung mit Neuroleptika, Antidepressiva und anderen Medikamenten (Dilling, Mombour & Schmidt, 2005).

2.1.2.4 Sonstige Essstörungen

Abschließend ist noch zu erwähnen, dass sowohl in DSM-4 als auch im ICD-10 Angaben zu „sonstigen Essstörungen“ gemacht werden, die nicht eindeutig einer Anorexia Nervosa oder Bulimia Nervosa zugeordnet werden können. Im Abschnitt über Adipositas wurde bereits die „Binge-Eating Störung“ und auf Essattacken als Reaktion auf belastende Ereignisse eingegangen.

Laut ICD-10 ist das übermäßige Essen auf belastende Reaktionen, wie „Trauerfälle, Unfälle, Operationen und andere emotional belastende Ereignisse“ zurückzuführen und führt in weiterer Folge zu einer Gewichtszunahme. Abgegrenzt wird im ICD-10 „Übergewicht als Ursache seelischer Belastungen“. Deshalb steht für die Kodierung Übergewicht als Ursache anderer psychischer Störungen, wie in Folge von Angsterkrankungen und affektiven Störungen jeweils eigene Diagnosekriterien zur Verfügung zusammen mit einer Kodierung (E66) die den Typus Übergewicht bezeichnet (Dilling, Mombour & Schmidt, 2005).

Im Angang A.3 „Diagnosekriterien nicht näher spezifizierten Essstörungen“ wird ein tabellarischer Überblick geboten zu den Diagnosekriterien sonstiger Essstörungen nach DSM-4 und ICD-10.

2.1.3 Entstehung von Essstörungen

Bei der Entstehung von Essstörungen ist eine Vielzahl von Faktoren beteiligt. Diskutiert werden genetische Komponenten, familiäre Ursachen, die Geschlechterrolle an sich, fehlgeschlagene Versuche, eine eigene Identität zu finden und mit den Anforderungen, die die Pubertät mit sich bringt, umzugehen, ein gewisses Maß an Unvermögen eigene Gefühle, Bedürfnisse, Körperreaktionen wahr zu nehmen und daraus resultierende Selbstunsicherheit oder die Essstörung wird zum Werkzeug, Probleme zu lösen, für die keine anderen Lösungsvarianten vorhanden zu sein scheinen (Franke, 2001). Ein weiterer Aspekt der die Entstehung von Essstörungen beeinflusst ist die soziokulturelle Ebene. Die angeführten Punkte berühren alle den Aspekt Persönlichkeitsstruktur und inwieweit diese für die Entstehung einer Essstörung verantwortlich sein kann. Da die Persönlichkeitsmerkmale bei einer Essstörung an sich die Grundlage für die nachfolgend beschriebene Untersuchung bilden, wird im Kapitel 2.3 „Persönlichkeitsstruktur und Essstörungen“ ausführlich darauf eingegangen.

Zu beachten gilt unter anderem, dass die oben genannten Ursachen nur einen Teil der Ätiologie bei der Entstehung von Essstörungen abdecken und, wie auch bei anderen psychologischen Störungen, individuell abweichen. Vor allem sollten bei der Erklärung der Entstehung einer Essstörung immer eine Reihe von Faktoren beachtet werden und das „bio-

psycho-soziale Modell“ (Engel, 1976, zitiert nach Egger, 2005) bei der Erklärung einer Essstörung als notwendige Grundlage dienen.

In dieser Arbeit und der anschließenden Studie wird der Aspekt Persönlichkeitsmerkmale als Risikofaktor für die Entstehung einer Essstörung genauer diskutiert.

Aufgrund der Komplexität der Genese von Essstörungen werden vorab noch die oben angesprochenen Aspekte der Entstehung kurz erläutert.

2.1.3.1 Ursachen für die Entstehung einer Essstörung aus Psychoanalytischer Sicht

Die Psychoanalyse zieht für die Entstehung einer Essstörung eine Fehlentwicklung in der oralen Phase als Erklärung heran. Im Mittelpunkt der Betrachtung steht dabei die Mutter-Tochter Beziehung. Es wird beschrieben, dass die Mutter die Bedürfnisse ihrer Tochter in dieser Phase nicht ausreichend befriedigt. In Kombination mit einem Umfeld, welches die Entwicklung zur Frau und eigenständigen Person mangelhaft unterstützt, kommt es beim Kind zu einer Unfähigkeit, die eigenen Bedürfnisse adäquat wahrzunehmen und diese zu befriedigen. Die Beziehung zur Mutter ist von ambivalenten Verhaltensweisen geprägt und daraus entwickelt sich die Ablehnung der eigenen Sexualität und Geschlechtsidentität.

Insgesamt ist die anorektische Frau in der Psychoanalyse ein von „massiven Verweigerungsverhalten“ geprägter und seinen „fraulichen und mütterlichen Bestimmung“ nicht nachkommen wollender Mensch. Dieses Bild der an einer Essstörung erkrankten Frau stellt sich als sehr einseitig formuliert dar und vernachlässigt viele Aspekte der Essstörung an sich (Franke, 2001).

2.1.3.2 Genetische Ursachen von Essstörungen

Es kann davon ausgegangen werden, dass auch genetische Faktoren zur Entstehung einer Essstörung beitragen. Treasure und Holland (1990, zitiert nach Franke, 2001) berichten über eine erhöhte Erkrankungshäufigkeit bei eineiigen Zwillingen im Gegensatz zu zweieiigen Zwillingen. Auch Strober, Lampert, Morell, Burroughs und Jacobs (1990, zitiert nach Franke, 2001) konnten eine erhöhte Inzidenzrate von Essstörungen bei Verwandten ersten und zweiten Grades feststellen.

Ebenfalls lässt sich eine Veränderung des Neurotransmittersystems bei Personen mit Anorexia Nervosa erkennen (Pike 1990; Herpetz, 1997, zitiert nach Franke, 2001)

2.1.3.3 Fehlinterpretierte Selbstwahrnehmung als Ursache von Essstörungen

Hilde Bruch (2004) setzt „Hunger“ in den Mittelpunkt zur Erläuterung der Entstehung einer Essstörung. Hunger stellt laut ihrer Aussage nicht ausschließlich einen angeborenen Reiz dar, zusätzlich ist das Empfinden von Hunger mit Lernerfahrungen gekoppelt. Das heißt, um Hunger als solchen erkennen zu können und auch von anderen psychischen und physischen Bedürfnissen unterscheiden zu können, ist die Interaktion mit dem sozialen Umfeld notwendig. Eine Grundannahme Bruchs (2004) stellt die Annahme dar, dass die Nahrungsaufnahme bei Menschen auch immer mit emotionalen und sozialen Erfahrungen gekoppelt ist. Essen kann somit nicht abstrakt und rational betrachtet werden (Bruch, 2004).

Bruch (2004) berichtet, dass Menschen, die an einer Essstörung leiden sich selbst als unfähig wahrnehmen, Kontrolle über ihr Verhalten und ihre Bedürfnisse auszuüben. Die Analyse früherer Erfahrungen bringt zum Ausdruck, dass diese Personen oftmals keine adäquate Reaktion auf ihren Ausdruck von Bedürfnissen erhalten haben. Weiterführend sind die „angemessene Reaktion der Umwelt auf Äußerungen, die ein Kind sendet, wichtig für die Entwicklung von Selbstwahrnehmung“. Ein Kind lernt somit, mit Hilfe der Reaktion seines Umfeldes wie körperliche Befindlichkeiten interpretiert werden können, welche Befindlichkeiten selbst hervorgerufen sind, wo die Grenze zwischen dem Selbst und einer anderen Person liegt und auch

der Unterschied zwischen körperlichen und psychischen Bedürfnissen wird so erlernt. Diese Lernprozesse überdauern viele Jahre der Kindheit. Wenn nun die Selbstwahrnehmung nicht in ausreichendem Maße entwickelt ist, wird sich das Kind in neuen Situationen schlecht zu Recht finden. Ein Kind das kein ausgeprägtes Selbstkonzept entwickeln konnte, hat somit auch kein Vertrauen in eigene Fähigkeiten und ist in vielen Situationen verunsichert. Diese Prozesse werden „reziproke Transaktion“ genannt. Diese Theorie geht somit weg von einem „traumatischen Ereignis“ zu einem langjährigen Prozess von inadäquater Interaktion zwischen Umfeld und dem Kind selbst. In diesem Punkt unterscheidet sich dieses Erklärungsmuster klar von der klassischen psychoanalytischen Sichtweise. Wenn diese inadäquaten Prozesse erkannt werden, können diese auch verändert werden und ein Kind kann die entsprechenden Werkzeuge erlernen, durch welche eine gestörte Entwicklung rückgängig gemacht werden kann (Bruch, 2004).

Die zahlreichen Untersuchungen zur frühkindlichen Entwicklung, beginnend in der 1940er Jahren, durchgeführt von Hilde Bruch heben hervor, dass Patientinnen mit einer Anorexia Nervosa und ihre Eltern die Zeit vor Beginn der Erkrankung sehr konträr beschreiben. Die Patientinnen berichten oftmals über längere Perioden des Unglücklichseins in ihrer Kindheit, wohingegen die Eltern die Normalität der Familie und auch des Kindes betonen und auch beschreiben, dass ihrem Kind immer alles zur Verfügung gestellt wurde, was es brauchte. Ein Kernpunkt ist

die Individualität, die in diesen Familien wenig unterstützt und gefördert wurde. Mütter können als sehr leistungsorientiert charakterisiert werden. Darüber hinaus werden sie als sehr auf das äußere Erscheinungsbild des Kindes bedacht, beschrieben. Wichtig sind sowohl das „anständige“ Auftreten im gesellschaftlichen Umfeld, als auch die „messbaren Leistungen“ (Bruch, 2004).

Fehlwahrnehmung tritt in verschiedener Hinsicht im Zusammenhang mit Essstörungen auf, auch im Hinblick auf die Menge der Nahrungsmittel. Diese kann, je nach Krankheitsbild, unter- und überschätzt werden. Personen können oftmals keine Verbindung zwischen sich und dem Essverhalten aufbauen. Ein Beispiel liefert Bruch mit der Beschreibung eines 18 jährigen anorektischen Mädchens, welches allein durch das Zusehen essender Personen ein Völlegefühl bei sich selbst wahrnahm.

Die Nahrungsaufnahme stellt für viele Anorektikerinnen, wie bereits erwähnt, einen der wenigen Bereiche dar, in dem sie absolute Kontrolle ausüben können. Sie fühlen sich mental stark, indem sie ihren Körper kontrollieren und ihn zum Beispiel in sportlichen Aktivitäten über die eigenen Grenzen hinaus fordern. Auch hier wird deutlich, dass Anorektikerinnen ihren Körper und ihre kognitiven und emotionalen Empfindungen stark von ihrer körperlichen Erscheinung abgrenzen. Bruch beschreibt anhand ihrer Beobachtungen im praktischen Umgang mit essgestörten Personen, dass sich viele als von außen

gesteuert erleben, zudem beschreibt sie diese Personen als solche, die sich selbst wenig wertschätzen. Bruch erklärt, das Ziel einer Person mit Anorexia Nervosa liege nicht darin, eine möglichst dünne Figur zu erreichen, sondern „sich besser mit sich selbst zu fühlen“. Dies unterstreicht Bruchs Gedanken „Essen habe die missbräuchliche Funktion, Probleme die ansonsten unlösbar erscheinen, auf diese Art zu bewältigen“.

2.1.3.4 Soziokulturelle Genese der Essstörung

Essstörungen werden häufig als Phänomen der westlichen Gesellschaft gesehen, jedoch ist es wichtig zu sehen, dass die verschiedenen Kulturen nicht isoliert voneinander leben und sich deshalb auch gegenseitig beeinflussen. In einer Studie von Bridget Dolan (1990), bei der polnische Frauen über ihre Einstellung zu ihrem Körper befragt wurden, wird berichtet, dass die Übersetzung der Fragebögen ins polnische sich als schwierig herausstellte, weil es für viele Diätprodukte keine passende Übersetzung gab. Zwei Jahre später hatte sich das Bild gewandelt auch polnische Frauen machten sich Sorgen um ihr Gewicht. Auch in Polen hatte sich eine Diät-Kultur entwickelt, die das Schönheitsideal beeinflusste und somit auch die Einstellung der Frauen zu ihrem Körper. (Dolan, 1990, zitiert nach Köpp & Jacoby, 1996)

Ein dichotomes Denken, Essstörungen kämen nur in der westlichen Gesellschaft vor ist somit überholt, da die Grenzen

zwischen den Kulturen verschwimmen und nicht eindeutig abgrenzbar sind. Jedoch wird essgestörtes Verhalten vermehrt in Kulturen beobachtet in denen es ein Überangebot an Nahrungsmittel gibt und im Kontrast dazu ein Schönheitsideal existiert, welches schlanke Menschen in den Vordergrund stellt. Schlank zu sein beinhaltet nicht nur eine ästhetische Komponente, sondern damit werden auch eine Reihe anderer Attribute verknüpft. Schlank zu sein beinhaltet für viele auch leistungsfähiger und erfolgreicher zu sein, generalisiert auf verschiedene Bereiche des Lebens. Seinen Körper unter Kontrolle zu haben beinhaltet auch sein Leben unter Kontrolle zu haben und dieses nach hohen Ansprüchen ausgerichtet erfolgreich zu bewältigen (Franke, 2001).

Menschen aus anderen Kulturen, die in die westliche Welt emigrieren sind nicht automatisch vor diesem Schönheitsideal und dem damit verbundenen Druck schlank zu sein geschützt. 1985 wurde erstmals von Thomas und Szmukler vom Krankheitsbild der Anorexia Nervosa bei einer schwarzen Engländerin berichtet (Thomas & Szmukler, 1985, zitiert nach Köpp & Jacoby, 1996). Drei Jahre später erschien eine Publikation von Lacy, Dolan, Holden und Robinson in der Bulimia Nervosa bei einer schwarzen Engländerin beschrieben wird (Lacy, Dolan, Holden & Robinson, 1988, zitiert nach Köpp & Jacoby, 1996). Zudem veröffentlichten Dolan, Evans und Lacey eine Studie mit dem Ergebnis, dass sich schwarze Frauen in England im Hinblick auf Beschäftigung und Sorge um ihre Figur und Gewicht nicht von

weißen Engländerinnen unterscheiden (Dolan, Evans & Lacey, 1990, zitiert nach Köpp & Jacoby, 1996). Diese Studie steht im Widerspruch zu den Berichten von Köpp und Jacoby (1996) über die Anzahl schwarzer Frauen, die eine Essstörungsklinik aufsuchen. Nach dieser Studie ist der Zulauf sehr gering, obwohl der Anteil schwarzer Frauen an der Wohnbevölkerung ca. 20 % ausmacht. Für die Autoren ist diese Tatsache dadurch begründet, dass „politische, ökonomische und rassistische Gründe“ schwarze Frauen davon abhalten, eine Essstörungseinrichtung aufzusuchen (Köpp & Jacoby, 1996).

In Anlehnung an den Artikel „Time Trends in Eating Disturbances in Young Greek Migrants“ (Fichter, Quadflieg, Georgopoulou, Xepapadakis & Fthenakis, 2005) werden von Fichter und seinen Kollegen zwei Hypothesen formuliert. Einerseits die „Selektive Migrationshypothese“, andererseits die „Acculturation Stress Hypothese“. Die Selektive Migrationshypothese besagt, dass Migranten aufgrund ihres guten gesundheitlichen Zustandes erst in der Lage sind zu emigrieren. Das heißt in weiterer Folge, dass Migranten aufgrund ihrer physischen und psychischen Stabilität ausgewählt werden in ein anderes Land zu emigrieren. Die Accultuation Stress Hypothese bezieht sich darauf, dass die Migration in ein anderes Land, welches eine völlig neues kulturelles Umfeld mitbringt mit fremder Sprache, anderen gesellschaftlichen Werten und Normen das Risiko birgt,

leichter psychisch oder physisch zu erkranken (Fichter, Quadflieg, Georgopoulou, Xepapadakos & Fthenakis, 2005).

2.1.4 Körperbild und Essstörung

Das Konzept des „Körperbildes“, auch umschrieben mit den Begriffen „Körperidentität“, „Körperwahrnehmung“, „Körperschema“, „Körperkonzept“ oder „Body Image“ erlangte vor allem in der klinischen Auseinandersetzung mit Essstörungen große Bedeutung. Der Begriff „Body Image“ oder „Körperbild“ stammt ursprünglich aus der neurologischen Forschung. Personen mit Hirnschädigungen, zum Beispiel durch Unfälle, und die damit verbundenen Veränderungen ihrer Wahrnehmung des Körperbildes, bildeten die Grundlage für viele weitere Untersuchungen und die Formulierung dieses Konzeptes (Fischer & Cleveland, 1956). Paul Schilder untersuchte in weiterer Folge in den 1920er und 30er Jahren Personen mit der Diagnose Schizophrenie oder Angststörungen und baute das Konzept des Körperbildes wesentlich aus (Fischer & Cleveland, 1956). Das Körperbild ist ein Teil des Selbstkonzeptes und damit von großer Bedeutung für die eigene Identität (Daszkowski, 2003). Die Definition dieses Konzeptes gestaltet sich in der Literatur nicht einheitlich (Roth, 1998, Thompson, 1990, Bielefeld, 1986, Shonz, 1974, zitiert nach Daszkowski, 2003). Eine Definition liefert Hilde Bruch (2004), die das Konzept Körperbild „als eine Vielfalt von Einstellungen, die die

Patienten/innen zu ihrem Körper haben und zum Ausdruck bringen" beschreibt. Schilder umschreibt Körperschema als ein „geistiges Bild, das wir uns über unseren eigenen Körper machen, das heißt, wie der Körper uns selbst erscheint“ (Bruch, 2004). Für ihn stellt sich die Bewegung an sich als ein wichtiger Faktor bei der Entwicklung des „Körperschemas“ dahingehend dar, dass Bewegung dazu dient, „die Grenzen des eigenen Selbst zu erkunden und auch zwischen Selbst und Umwelt zu unterscheiden“ (Bruch, 2004). Die Körperwahrnehmung ist somit einem ständigen Wandel im Laufe der Entwicklung unterworfen. Levy hebt hervor, dass auch Einstellungen der Eltern in das eigene Konzept integriert werden. Im „Idealfall sollte es keinen Unterschied geben zwischen Körperbau, Körperbild und sozialer Akzeptanz“, wenn jedoch starke Abweichungen vorhanden sind, können Störungen entstehen (Schilder, 1935, zitiert nach Bruch, 2004). Bei Menschen mit gestörtem Essverhalten liegt meist auch eine Störung der Körperwahrnehmung vor. So können Personen mit Anorexia Nervosa (siehe auch Kapitel 2.1.2.1 „Anorexia Nervosa“) nicht erkennen, wie dünn sie sind und verleugnen diesen Zustand. Bei übergewichtigen Personen, die bereits seit der Kindheit übergewichtig sind, kann es zum umgekehrten Phänomen kommen, dass sie ihre üppigen Körperformen unterschätzen, wohingegen Personen, die später übergewichtig werden eine realistischere Einschätzung des Körpers aufweisen. Jedoch kann es auch vorkommen, dass ehemals übergewichtige Personen ihr Gewicht

überschätzen und sich auch nach einer starken Gewichtsabnahme weiterhin als zu dick wahrnehmen (Glucksmann et al., 1968, zitiert nach Bruch, 2004).

Bruch betont, wie stark das gesellschaftliche Bewusstsein auf schlanke Körper und „Verurteilung jeglichen Übergewichtes“ ausgeprägt ist und wie diese Einstellung auch starken Druck auf Personen ausüben kann. Bruch legt aus diesem Grund bei diesem Konzept eine Wechselwirkung zwischen biologischen, psychologischen und sozialen Kräften zugrunde.

2.1.5 Schönheitsideale im Wandel der Zeit

Schönheit an sich ist ein sehr dehnbarer Begriff und die Definition, wodurch sich Schönheit auszeichnet, begleitet die Menschen seit Jahrtausenden. Bereits in der Antike (um 700 vor Christus) wird von Philosophen der Versuch unternommen, Schönheit zu beschreiben und in Worte zu fassen. Eine einheitliche Definition kann aber nicht gefunden werden (Braza, Hunek & Kämpfer, 2001).

Zunächst ist die Schönheit eines Menschen eng mit Funktionalität verknüpft. Als Beispiel kann ein Krieger herangezogen werden, dessen Körper muskulös und durchtrainiert ist, um damit seine Funktion, das Kämpfen, bestmöglich zu erfüllen. Er gilt somit als schön (Braza, Hunek & Kämpfer, 2001).

Im pythagoräischen Sinn (500 vor Christus) ist Schönheit dann gegeben, wenn Symmetrie vorherrschend ist. Ein Mittelmaß gilt sowohl für die Körperfülle als auch für das Gesicht als erstrebenswert und schön (Braza, Hunek & Kämpfer, 2001).

Auch dem Fasten, als Phänomen einer extremen Nahrungsverweigerung und damit verbundene Dürre, kam bereits in früheren Zeiten ein besonderer Stellenwert zu. Eine Erklärung dafür stellt die Angst des Menschen dar, ohne oder mit sehr wenig Nahrung auskommen zu müssen, zum Beispiel während einer von der Natur verursachten Nahrungsknappeit. Diese Furcht ist nicht nur auf Menschen beschränkt, die eine solche Situation erleben mussten (Bruch, 2004).

Beispiele sind sogenannte „Hungermädchen“ im 15. und 16. Jahrhundert, die vorgaben nichts zu essen und den Menschen zur Bewunderung vorgeführt wurden. Weitere Beispiele sind Hungerstreike, die als Druckmittel eingesetzt wurden, um politische oder persönliche Rechte durchzusetzen oder ein asketischer Lebensstil aufgrund religiöser Grundsätze. Am Beginn des 20. Jahrhunderts wurden „Hungerkünstler“ den Massen vorgeführt, um zu zeigen, wie aufgrund von persönlicher Reife Hunger leicht zu ertragen sei. Eine Vorbedingung ist die Tatsache, dass Nahrung in ausreichender Menge vorhanden sein muss (Bruch, 2004).

Bereits in der Antike wurde ein schlankes Erscheinungsbild angestrebt, vor allem in der reichen Bevölkerungsgruppe. Eine Strategie, die im Überfluss aufgenommene Nahrung auszugleichen, war körperliche Ertüchtigung oder wie bei den Römern sogenannter „Vomitorien“, um nach der Nahrungsaufnahme den Magen mit Hilfe von Erbrechen wieder zu entleeren.

Im 18. Jahrhundert ist Kleidung ein Ausdruck des Standes in der Gesellschaft und ist dementsprechend stark von Regeln determiniert. Da die Gesellschaft in verschiedene Stände, wie Bürgertum, Arbeiterstand, Landbevölkerung und den Adelsstand eingeteilt ist, scheint es schwierig, ein durchgängiges Schönheitsideal zu bezeichnen. Doch gab es für jeden Abschnitt der Geschichte ein vorrangig geltendes Schönheitsideal (Penz, 2001).

Im 19. Jahrhundert geht man zu der Ansicht über, dass Kleidung ein Ausdruck der Persönlichkeit und Individualität sein sollte. Begleitet ist diese Entwicklung jedoch von der zunehmenden Verhüllung des Frauenkörpers. Zudem wird das Prinzip der Vernunft Ehe immer weiter aufgeweicht und es erscheint den Menschen erstrebenswert, auch eine emotionale Beziehung zu ihrem zukünftigen Ehepartner aufzubauen. Parallel dazu gewinnt auch die körperliche Attraktivität an Bedeutung. Gegen Ende des 19. Jahrhunderts werden somit auch vermehrt Kosmetika und das Fasten von Frauen eingesetzt, um attraktiv zu sein. Weiterbestehen bleibt das Machtungleichgewicht

zwischen Mann und Frau im gesellschaftlichen sowie im häuslichen Bereich. Der Mann genießt weiterhin mehr Rechte als die Frau, er sorgt für die finanzielle Sicherheit und verwaltet somit auch den Besitz. Auffallend ist in dieser Zeit die fast uniformartige, aber einfache Bekleidung des Mannes, die wiederum die Aufmerksamkeit auf das Gesicht lenkt, wodurch Individualität ausgedrückt werden soll. Die Frau trägt bodenlange, hochgeschlossene Kleider, die in der Farbgebung frei variierbar sind, jedoch in erster Linie den Körper dahinter verbergen. Der weibliche Körper wird sozusagen hinter dieser Kleiderschicht versteckt (Penz, 2001).

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts findet der Spiegel immer mehr Verbreitung. Diese Entwicklung ist vor allem dahingehend wichtig, da sich die Menschen nun, bevor sich eine andere Person ein Urteil über ihr Erscheinungsbild machen kann, selbst beurteilen können. Der Spiegel übt somit eine neue Kontrollfunktion aus. Ansonsten finden Vergleiche und Bewertungen bezüglich der Figur „indirekt über den Mann statt“ (Penz, 2001), da dieser bereits zu jener Zeit Zugang zu einer Auswahl an weiblichen Aktbildern hat. Auch die Photographie findet in diesem Bereich ein Tätigkeitsfeld. Dadurch werden traditionelle Verfahren, wie Malerei und Bildhauerei in diesem Bereich eher in den Hintergrund gedrängt. Vor allem hat die Photographie auch den Vorteil in einem wesentlich einfacheren Verfahren die Bilder zu vervielfachen. Als „schön“ gelten weibliche Formen, die vom heutigen Schönheitsideal stark

abweichen. Dieses eher erotische Frauenbild bleibt aber von der gutbürgerlichen Frau abgeschottet (Penz, 2001).

Infolge der maschinellen Herstellung von Kleidung werden auch die Standesunterschiede aufgrund der unterschiedlichen Kleidung immer geringer. Zudem werden auch Modezeitschriften entworfen, die auch für die verschiedensten Schichten zugänglich sind. Modebewusstsein und Stil sind nicht mehr ausschließlich den oberen Klassen vorbehalten. Auch die Maschinelle Fertigung von Hüten und Schuhen trägt zur Verbreitung und Zugänglichkeit modischer Bekleidung bei. Im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts wird es möglich, Kleidung nach Konfektionsgröße einzukaufen. Die Gesellschaft wird mehr und mehr zu einer Konsumgesellschaft. Zudem wird für die bürgerliche Frau ein neuer Bereich erschlossen, der es ihr ermöglicht, ihre Freizeit auch ohne männliche Begleitung zu verbringen – das Kaufhaus. Das Ambiente lädt zum „Windowshopping“ ein, aber auch zum Besuch von Konzerten in diversen Restaurants und Modeschauen. Die Rolle der Frau wird somit aufgewertet und ausgedehnt. Dementsprechend richtet sich die Werbung der damaligen Zeit vermehrt an die Frau. Geworben wird unter anderem für Kosmetika und andere Produkte, die Gesundheit fördern sollen. Dadurch wird das Körperbewusstsein hervorgehoben. Auch werden in Form von Werbeplakaten neue Vergleichsmöglichkeiten bezüglich Figur und Mode für die bürgerliche Frau geschaffen (Penz, 2001).

Eine Art Trendwende zeichnet sich gegen Ende des 19. Jahrhunderts ab. Die Menschen beginnen Sport zu betreiben. Zum einen formieren sich Turnvereine im bürgerlichen Milieu und zum anderen der "Arbeitersport". Die sportliche Betätigung führt zu einem neuen Bewusstsein hinsichtlich des eigenen Körpers. Der schlanke und trainierte Körper wird zum Ideal. Gymnastik und Rollschuhlaufen fallen in das sportliche Betätigungsfeld der Frau, Mannschaftssportarten und Kraftsport sind ein von Männern dominierter Sport. Fahrradfahren, Eislaufen und auch Skifahren werden von beiden Geschlechtern ausgeübt. Reisen gewinnt immer mehr an Bedeutung. Personen mit höheren finanziellen Möglichkeiten fahren auf Sommerfrische oder auf Kur. Personen aus dem Arbeitermilieu können mit Hilfe verschiedener Organisationen, wie den „Naturfreunden“ neue Umgebungen und die Natur erkunden (Wanderungen etc.). Zur steigenden Reiselust trägt auch die Ausformung der Fortbewegungsmittel bei, wie beispielsweise der Bahn oder die Erfindung des Autos (Penz, 2001).

Im 19. Jahrhundert wurde der eher beleibtere Körper noch mit "Gesundheit und Elan" assoziiert. Dieses Denken nimmt weiter ab. An der Jahrhundertwende zum 20. Jahrhundert wird immer deutlicher, dass ein schlanker Körper von Leistungsfähigkeit zeugt und dieses neue Erscheinungsbild wird in Verbindung mit einem starken Charakter gebracht.

Die Selbstdisziplin der Menschen wird zudem auch durch die Verbreitung der Badezimmerwaage am Beginn des 20. Jahrhunderts

verstärkt. Es entwickelt sich ein "modernes Ernährungsbewusstsein". Die Menschen beginnen sich mit ihrer Ernährungsweise und der Art der Nahrung zu beschäftigen. Krankheitsbilder wie "Bleichsucht" verschwinden zunehmend, werden aber von neuen Krankheitsbildern ersetzt. Die Menschen dieser Zeit sind neuen Anforderungen ausgesetzt, sollen in jedem Bereich des Lebens dynamisch sein, was zu Erschöpfungszuständen und Überreizung führt. Zudem taucht auch häufiger die Diagnose "Anorexia Nervosa" auf. Die technischen Neuerungen, wie Telefon und das Radio, ermöglichen eine viel raschere Kommunikation. Infolge dieser Entwicklungen lösen sich traditionelle Strukturen immer mehr auf. Auch die traditionelle Rolle des Mannes beginnt zu bröckeln, sowohl im privaten, als auch im gesellschaftlichen und beruflichen Umfeld. Es entwickelt sich eine bürgerrechtliche Frauenbewegung, die sowohl berufliche Betätigung und ein Recht auf Selbstentfaltung, als auch politische Rechte für die Frau einfordert. Dieses Bestreben nach mehr Selbstbestimmtheit für Frauen wird unter anderem auch von der Arbeiterschaft vertreten. Neben diesen Bestrebungen auf mehr Rechte im familiären, beruflichen, schulischen und politischen Sektor wird auch eine Art „Befreiung des Körpers gefordert“ (Penz, 2001).

Zunehmend können Frauen auch Hosen tragen, zumindest für den Reitsport oder am Strand, die Korsetts werden um einiges elastischer bzw. werden durch andere Formen der

Unterbekleidung ersetzt. Die Röcke werden um einige Zentimeter verkürzt, die breiten Röcke schmaler und es lässt sich die natürliche Form des weiblichen Körpers erkennen (Penz, 2001).

Im späten 20. Jahrhundert zeigt sich die Frau bereits mit kurzen Röcken, Abendkleider sind zum Teil nur mehr mit Spaghettiträgern versehen. Der „Garconne-Stil“ breitet sich aus, die Kleider bestehen aus einem schmalen Oberteil und die Röcke bzw. Kleider weisen eine tiefergerutschte Taille auf. Die Idealfigur für diesen Kleidungsstil ist „knabenhaft, schlank“ und „langbeinig“ (Penz, 2001). Dieses Schönheitsbild beginnt sich nach und nach durchzusetzen. Zudem will die Frau mit Hilfe dieses Stils auch ein höheres Selbstwertgefühl vermitteln. In diesem Jahrhundert werden die strengen Bekleidungsvorschriften somit erneut stark aufgebrochen. Kleidung soll unter anderem Individualität ausdrücken (Penz, 2001; Engländer, Groß, Schennach & Soswinski, 2001).

Am Beginn des 20. Jahrhunderts beginnt sich auch eine neue Form des Tanzes zu entwickeln. Leicht bekleidete Damen inszenieren sich so auf der Bühne und versuchen sich so losgelöst von der klassischen, traditionellen Art des Tanzes auszudrücken. Diese freizügige Selbstdarstellung findet insbesondere im Varieté seinen Austragungsort. Die Tänzerinnen weisen durchwegs einen sehr knabenhaften und schlanken Körper auf, welcher durchwegs auf ein sehr strenges und regelmäßiges Training aber auch auf das Achten der Nahrungsaufnahme

zurückzuführen ist. Auch in der Allgemeinbevölkerung erfährt diese Art der Schönheit Anklang und dient als Vorlage für das Schönheitsideal. Wobei die Selbstdisziplin hinsichtlich des schlanken Körpers bei der Normalbevölkerung weniger stark ausgeprägt ist, wie bei den professionellen Tänzerinnen. Die Frauen bewegen sich zunehmend selbstbewusster in der Gesellschaft. Die klassische Rollenverteilung zwischen Mann und Frau wird in Frage gestellt. Das neue Schönheitsideal wird weiterverbreitet durch die Photographie und durch den Film (Penz, 2001).

Bei Modeschauen und in Modezeitschriften sind die neuesten Trend zu bewundern und werden so an die Bevölkerung weitergegeben. Am Beginn stehen Frauen aus der gutsituierten, angesehenen Gesellschaft Photographen Modell, wodurch die Tätigkeit des Models eine Aufwertung erfährt. Der Beruf des professionellen Mannequins beginnt sich zu formieren. Damit einher gehen auch die Veranstaltungen, bei denen „Schönheitsköniginnen“ gekürt werden. Beispielsweise wird 1921 die erste Miss Amerika gekürt. Diese Bewerbe werden von einer breiten Bevölkerungsschicht verfolgt. Einigen Gewinnerinnen dieser Schönheitswettbewerbe gelingt auch der Start in die Karriere als Mannequin oder Filmschauspielerin. Kinobesuche etablieren sich als eine Form der Freizeitgestaltung für die unterschiedlichsten Schichten der Bevölkerung. Die Männerfiguren in den Filmen sind durchwegs muskulös gebaut (Penz, 2001).

Auch auf Plakaten wird der junge, schlanke, zum Teil unverhüllte Frauenkörper zunächst noch in gezeichneter Form und in den späten 20er Jahren in photographischer Form zu Werbezwecken verwendet. Mit der Werbung wird nicht ausschließlich die Nützlichkeit eines Artikels transportiert. Mit dem Produkt in Verbindung stehen auch Attribute wie Schönheit, Glück, Lebensfreude. Der Erwerb verschiedenster Produkte nicht unbedingt ausschließlich wegen ihrer Nützlichkeit, sondern auch für das persönliche Wohlbefinden und die Entfaltung der Person an sich nimmt bis 1929 stark zu und wird mit der Weltwirtschaftskrise abrupt beendet (Penz, 2001).

In den darauf folgenden Jahren, während der Nationalsozialistischen Zeit, wird der Frau wieder mehr und mehr die Rolle der Mutter und Ehefrau, welche zu Hause zu sein hatte, übergestülpt. Die Frauen verlieren somit wieder ihren Status im Berufsleben. Im Nationalsozialismus wird erneut die strenge Rollenaufteilung zwischen Mann und Frau des vergangenen Jahrhunderts aufgegriffen. Sport spielt auch in dieser Periode eine wichtige Rolle, wobei dieser nicht mehr dem persönlichen Wohlbefinden dienen soll. Sportvereine werden zu Propagandazwecken genutzt, um die nationalsozialistische Weltsicht zu verbreiten und die Menschen im nationalsozialistischen Sinne zu „erziehen“. Die Gesundheit jedes einzelnen wurde verwendet um sie für das Regime einsetzen zu können (z.B.: im Krieg, in den Fabrikanlagen). In

dieser Zeit wird ein sehr strenges Bild der Schönheit entworfen. Die verheerenden Auswirkungen dieser Ansichten, was schön und gut ist, gipfeln in der Tötung hunderttausender Juden und anderen Menschen, die die Gedankenwelt der Nationalsozialisten nicht teilen können, bzw. nach Ansicht des Regimes nicht wollen oder dem Erscheinungsbild des Ariers nicht entsprechen. Als ideal gelten der „athletisch-muskulöse“ Männerkörper und der „sportlich-runde Mädchenkörper“, was besonders in statischen Skulpturen zum Ausdruck kommt. Jugendliches Aussehen ist im Schönheitsideal ebenfalls inkludiert. Disziplin wird von jedem einzelnen und in jedem Lebensbereich gefordert (Penz, 2001; Pröglhöf & Mixday-Schima, 2001).

Die Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg ist sowohl in Österreich als auch in Deutschland geprägt von Wiederaufbauarbeiten und einer sehr kargen Lebensart. Es herrscht hohe Lebensmittelknappheit und erst 1953 werden die Lebensmittelkarten, nachdem sich die Lebensmittelbeschaffung wieder stabilisiert hat, abgeschafft (Penz, 2001).

Im Laufe der 1950er Jahre bessert sich somit die wirtschaftliche Lage und Freizeitgestaltung und häuslicher „Luxus“ findet mehr und mehr Anklang. Viele Menschen besuchen das Kino, welches vom amerikanischen Film dominiert wird. Die Schauspielerinnen dieser Zeit glänzen durch glamouröse Schönheit. Filmdiven wie Marilyn Monroe, Jane Mansfield und

Liz Taylor werden zum Schönheitsideal. Auch durch Pin up Bilder, vermehrt photographisches Material, wird dieses neue Frauenbild verbreitet. Weibliche Rundungen werden teils überbetont zum Vorbild für viele Frauen. 1953 wird erstmals das Magazin „Playboy“ herausgegeben und auch im europäischen Raum werden Magazine produziert, welche Frauen in erotischen Posen zeigen. Durch die Sexualisierung dieser mit weiblichen Rundungen ausgestatteten Frauengestalten, verschiebt sich auch das Schönheitsbild im Film. Knabenhafte Formen, begleitet von kühler unnahbarer Erotik beginnen gegen Ende der 50er Jahre die Filmwelt zu dominieren. 1965 wurden erste Photos von Twiggy publik. Das heißt, dass ab den 60er Jahren das Schönheitsideal von möglichst dünnen Frauen geprägt wurde (Penz, 2001; Engländer, Groß, Schennach & Soswinski, 2001).

Garner Garfinkel, Schwartz und Thompson veröffentlichen 1980 eine Studie, in der sie die Körpermaße von Playboy Pin ups im Zeitraum von 1959 bis 1979 verglichen. Das Körpergewicht der Models war von 91% des Durchschnittsgewichts von Amerikanerinnen auf 84% gesunken. Dieses schlanke Frauenbild steht völlig im Gegensatz zum wirtschaftlichen Aufschwung, welcher ausreichend Nahrung für die Bevölkerung sicherstellte (Garfinkel, Schwartz & Thompson, 1980, zitiert nach Pröglhöf & Mixday-Schima, 2001).

Es beginnt sich eine rebellische Jugendkultur zu entwickeln, welche auch durch neue Figuren im Kino getragen wird. Vor

allem der männliche Kinoheld strahlt Rebellion gegenüber traditionellen Konventionen und starren Familienverhältnissen aus. Lederjacken, Nietenhosen bei Männern und Petticoats, sowie enganliegende Hosen werden das Ausdrucksmittel dieser neuen Jugendkultur (Penz, 2001).

Neben dem Kino findet auch das Fernsehen großen Anklang und unterstützt durch die wirtschaftliche Stabilisierung besitzen auch immer mehr Personen selbst einen Fernseher, wodurch insgesamt eine raschere Verbreitung der neuen Gesellschaftskultur sichergestellt wird und auch für alle Schichten zugänglich gemacht wird (Penz, 2001).

Ab den 1960er Jahren steigt auch die Zahl der berufstätigen Frauen enorm an. Bis zu den 1970er Jahren verändert sich die Rolle der Frau stark. Frauen werden insgesamt unabhängiger, ihr gesellschaftlicher Status erfährt eine Aufwertung. Die berufliche Tätigkeit der Frau dient nicht ausschließlich der finanziellen Sicherheit, sondern wird zur persönlichen Weiterentwicklung und Selbstverwirklichung genutzt. Im Laufe der 60er Jahre lösen sich in weiterer Folge die traditionellen Familienstrukturen immer mehr auf. Die Berufstätigkeit der Frau wird ermöglicht durch die Ausdehnung der Kinderbetreuung, wie Kindergärten, im öffentlichen Bereich. Die Gründe, warum Frauen sich beruflich betätigen möchten, sind vermehrt persönlicher Natur und unter anderem um ihre Unabhängigkeit gegenüber ihrem Ehemann abzusichern. Zudem erlaubt die

Verbreitung von Verhütungsmittel, wie die "Pille" (1966), der Frau einen gelockerten Umgang mit Partnerschaft und Sexualität. All diese Entwicklungen sorgen für ein neues Selbstbild der Frau. Die Frau kann nun ihren Partner nach anderen Gesichtspunkten auswählen, wie Bildungsstand, Aussehen, gemeinsame Interessen, nicht nur beruflicher Status und Einkommen spielen eine Rolle. Im Zuge dessen wird es auch für die Männer von Bedeutung, auf ihr Äußeres mehr zu achten. Es beginnen sich neue Familienstrukturen zu bilden, wie geschiedene Ehepaare, Alleinerzieherinnen oder auch einfach alleinlebende Personen (Penz, 2001).

Sowohl für Männer als für Frauen ist es wichtig, ihr Erscheinungsbild zu pflegen, da Beziehungen nicht mehr unbedingt für die Lebensdauer eingegangen werden, sondern eher dazu tendieren über einen gewissen Zeitraum anzudauern. Es entwickeln sich neue Freizeitmöglichkeiten, die aufgrund der guten finanziellen Situation auch genutzt werden können. Die zunehmend kürzeren Arbeitszeiten werden aufgefüllt durch ausgedehntere Freizeitaktivitäten. Auch bei der Partnersuche nimmt diese Entwicklung Einfluss, insofern, dass der erste Eindruck, die Attraktivität, ein langwieriges „Kennenlernen“ ablöst. Der Körper wird zudem zur Darstellung der eigenen Persönlichkeit genutzt und unterliegt ausschließlich der eigenen Kontrolle. Jugendliches Aussehen wird zum Hauptcharakteristikum der Schönheit. Dies drückt sich in der Mode aus. Als markantes Beispiel kann der "Minirock" angesehen

werden. Dieser Modetrend zu kürzerer und engerer Bekleidung lässt nicht mehr viel Spielraum für Verhüllungen der Figur (Penz, 2001).

Wie bereits oben erwähnt ist Twiggy eines der bekanntesten Models der 60er und 70er Jahre. Diese verkörpert den "Zeitgeist" von jugendlicher Schlankheit optimal. Models werden zu angesehenen und berühmten Persönlichkeiten.

Dieses Schönheitsideal der knabenhaften Figur besteht bis zum heutigen Zeitpunkt. Zu diesem Vorbild gesellt sich noch ein weiteres Schönheitsideal, das der üppigeren Frauengestalt.

Penz charakterisiert dieses Schönheitsbild folgendermaßen

"gertenschlanke Gestalten mit vollen Brüsten", welches auch nicht unbedingt der natürlichen Figur der Frau entgegenkommt.

Insgesamt wird der Umgang mit Sexualität und Erotik freier und offener, auch Homosexualität wird mehr und mehr endtabuisiert.

Dieser Männertypus jung, muskulös, mit glatter, haarloser Haut wird in den 80er Jahren auch für Werbezwecke genutzt.

Im absoluten Gegensatz dazu steht die Hippie-Kultur, in der sich Männer und Frauen im Erscheinungsbild, wie zum Beispiel langem Haar und farbenfroher, weiter Kleidung sehr ähnlich sind.

Gegen Ende der 70er Jahre beginnt die Punkbewegung und ihr Bekleidungsstil auch in der herkömmlichen Modewelt Einfluss zu nehmen. Bedeutende Stilelemente dieser Bewegung sind: bunt gefärbte Haare, Piercings und Tattoos, löchrige Hosen, Lederjacken.

Das Fernsehen (z.B.: in Musikvideos) trägt enorm zur Verbreitung der neuen Modetrends bei. Ende der 60er Jahre besitzt nahe zu jeder Haushalt im westlichen Europa ein Fernsehgerät. Durch verschiedene Musikvideos wird das Idealbild des Mannes in sehr schlanker, androgyner Form verbreitet (Penz, 2001).

Sehr viele Menschen werden aufgrund des Fernsehens mit den neuesten Schönheitsbildern erreicht und auch konfrontiert.

In den 70er Jahren üben auch immer mehr Frauen Sport aus, wie z.B. Bodybuilding und Aerobic. Zunächst dient sportliche Betätigung mehr der Gesundheit, doch immer mehr werden die Vorzüge erkannt, die dieser auf die Formung des eigenen Körpers hat. Im Zuge dieser Entwicklung wird in den 70er Jahren die erste Bodybuilding-Weltmeisterin gekürt. Auch für Männer gilt ein muskulöser Körper als erstrebenswert (Penz, 2001).

Als optimale Ergänzung zur körperlichen Betätigung und um den eigenen Körper zu formen, werden Diäten immer mehr forciert. Man betrachte nur die Vielfalt an Diäten die sich bis zum heutigen Tag entwickelt haben. Diese Ernährungsformen werden natürlich auch in den verschiedensten Zeitschriften publiziert und somit für nahezu alle Frauen, unabhängig von Bildungsstand, Beruf oder sozialer Herkunft, zugänglich gemacht (Penz, 2001; Pröglhöf & Mixday-Schirma, 2001).

Der Körper wird als absolut der eigenen Kontrolle unterliegender Teil des eigenen Selbst angesehen und dient dem Ausdruck der eigenen Persönlichkeit und Individualität. In den 80er und 90er Jahren steigt die Zahl der Schönheitsoperationen zudem enorm an (Penz, 2001; Bauernfeind, Fauster & Lang, 2001).

Auch existieren nicht ein Schönheitsbild, sondern mehrere gleichzeitig. Doch all diesen Idealen gemeinsam, sowohl für Männer als auch Frauen, ist bis heute Jugendlichkeit, verbunden mit glatter Haut und schlanker, straffer Figur.

Abschließend bleibt noch zu erwähnen, dass sich im Zuge der Entwicklung seit den 90er Jahren hin zu extrem dünnen Models auf dem Laufsteg eine Gegenbewegung entwickelt hat. So hat zum Beispiel Spanien 2006 als erstes europäisches Land eine Vorschrift erlassen, die besagt, dass nur mehr Models über einem BMI-Wert von 18 auf dem Laufsteg erlaubt sind. Diese Vorgabe wird seit September 2006 mittels Gewichtskontrolle überprüft. Seither kommt es immer wieder zu Ausschlüssen von Models auf Modeevents. So wurden im Februar 2007 bei der Madrider Modewoche drei Models ausgeschlossen, die zu dünn waren (www.spiegel.de, 2008). Dieses Verbot wurde aufgrund zweier Todesfälle von Models vorangetrieben, den einer 21-jährigen Brasilianerin, die wegen Untergewicht starb (unter 40 kg bei einer Größe von 170 cm) und eines Model aus Uruguay, das einen tödlichen Herzinfarkt erlitt (www.derstandard.at,

2008). Auch die französische Modebranche unterzeichnetet im April 2008 in Paris eine „Charta gegen Magersucht“ und verpflichtete sich damit „keine extrem dünnen Models mehr zu engagieren“ beziehungsweise auch „keine Bilder zu verbreiten, die den Schlankheitswahn fördern“ (Salzburger Nachrichten, 2008).

2.1.6 Feministische Sichtweisen des Schönheitsideals

Aus Sicht des Feminismus trägt die gesellschaftliche Struktur, welche auch heute noch sehr männerdominiert ist, stark zur Bestimmung bei, welches Schönheitsideal vorherrschend ist. Provokant ausgedrückt legen Männer fest, wie eine Frau auszusehen hat, um schön zu sein (Engländer, Groß, Schennach & Soswinski, 2001). Naomi Wolf (2000) setzt die Darstellung der „eisernen Jungfrau“ (ein Folterinstrument des Mittelalters) in direkten Bezug zum Bild der heutigen Frau: „Nach außen hin sind sie schön und lächeln. Innerlich aber verhungern und sterben sie“ (Wolf, 2000, zitiert nach Engländer, Groß, Schennach & Soswinski, 2001). Diese Vorstellung ist, laut Wolf, der Gipfel der Emanzipation. Frauen wurden im Laufe des 20. Jahrhunderts selbstbestimmter und unabhängiger, doch das Schönheitsideal den Körper betreffend wurde immer dünner. Sie sieht die Unabhängigkeitsentwicklung der Frau im direkten Zusammenhang mit dem Idealbild der schlanken, beinahe dünnen Frau. Das

heißt, mit jedem Schritt zur weiteren Unabhängigkeit, wie Wahlrecht für Frauen, wurde das Schönheitsideal etwas dünner (Wolf, 2000, zitiert nach Engländer, Groß, Schennach & Soswinski, 2001).

2.1.7 Essstörungen bei Männern

Von der Gesamtanzahl der Personen mit Essstörungen sind 10 bis 15% männlich (Carlat & Carmago, 1991, zitiert nach Russel & Keel, 2001; Leon, Carroll, Chernyk & Finn, 1985, zitiert nach Tuschen-Caffier, Pook & Hilbert, 2005). Am Beispiel Bulimia Nervosa liegt die Prävalenzrate bei 0.1 %, wobei die Dunkelziffer weitaus höher sein dürfte (Zipfel et al., 2000, zitiert nach Kiefer & Rathmanner, 2004). Zu betonen gilt, dass Männer sich im Erscheinungsbild der Essstörung, bei Krankheitsbeginn und Verlauf nicht von Frauen mit einer Essstörung unterscheiden (Keel, Klump, Leon & Fulkerson, 1998, Olivardia, Pope, Mangweth & Hudson, 1995, zitiert nach Russel & Keel, 2001). Laut verschiedener Studien (Carlat, Camargo & Herzog, 1997, Herzog, Norman, Gordon & PePOSE, 1984, Mangweth et al., 1997; Olivardia et al., 1995 zitiert nach Russel & Keel, 2001) bezeichnen sich 10 bis 42% der männlichen Essgestörten selbst als homo- oder bisexuell. Im Gegensatz dazu sind 6% der Gesamtbevölkerung homosexuell. Die Häufigkeit der homosexuellen Männer mit einer Essstörung ist somit deutlich höher (Seidman & Rieder, 1994, zitiert nach Russel &

Keel, 2001). Laut French und Mitarbeiter (1996, zitiert nach Russel & Keel, 2001) haben homosexuelle Männer auch eine erhöhte Lebenszeitprävalenz (25%) als heterosexuelle Männer (10%) an einer Binge Eating Störung zu erkranken. Nach Angaben von Russel und Keel (2001) überwiegt der Anteil der Studien, die eine erhöhte Häufigkeit von Essstörungen bei homosexuellen Männern feststellen. Russel und Keel (2001) legten ihrer Untersuchung die Frage zugrunde, ob Homosexualität einen Risikofaktor spezifisch für die Erkrankung an einer Essstörung darstellt, oder ob Homosexualität einen Risikofaktor für die Erkrankung an einer psychischen Störung darstellt. In ihrer Untersuchung wurde zunächst per Telefonbefragung eine Gruppe von insgesamt 122 Männern rekrutiert und jeweils mittels Selbsteinschätzung der homosexuellen oder heterosexuellen Gruppe zugeordnet. Mittels Postweg wurden anschließend verschiedene Fragebögen an diese Personen weitergegeben. Die beiden Gruppen unterschieden sich hinsichtlich demographischer Daten, wie Bildungsstand, Herkunft, Bodymaßindex und sozioökonomischen Status nicht. Das Durchschnittsalter der homosexuellen Männer war signifikant höher (29.09 Jahre $\pm$ 8.69 Jahre) als das der heterosexuellen Männer (26.11 Jahre $\pm$ 7.66 Jahre) und wurde bei der Auswertung als Kovariate einbezogen. Die Fragebogenbatterie umfasste einen Fragebogen bezüglich Depression (Becks Depression Inventory), einen hinsichtlich Selbstesteem (Rosenber Self Esteem Scale) und drei Fragebögen die Körperbild und Ernährungsverhalten

erfassen sollten (Eating Attitudes Test-26 und Bulimia Test-Revised und Body Shape Questionnaire). Die wichtigsten Resultate sollen hier beschrieben werden. Es ergab sich eine hohe Korrelation zwischen Depression und geringem Selbstwertgefühl und abweichendem Ernährungsverhalten. Zudem korrelierte ein geringes Maß an Maskulinität mit Depression, schlechtem Selbstwertgefühl und Körperunzufriedenheit. Außerdem weisen 13.8% der homosexuellen Männer eine bulimische Störung auf, jedoch keiner aus der Gruppe der heterosexuellen Männer. 20.6% der homosexuellen Männer sind von einer Anorexia Nervosa betroffen im Gegensatz zu 1.6% bei den heterosexuellen Männern. 12.1% der homosexuellen Männer im Vergleich zu 0% der heterosexuellen Männern weisen eine Mayore Depression auf. Diese Unterschiede stellen signifikante Ergebnisse dar. Zusammengefasst weisen heterosexuelle Männer in dieser Studie eine höhere Körperunzufriedenheit und höhere Werte bei bulimischen und anorektischen Symptomen auf. Dahingegen stellt die sexuelle Orientierung nach konstant Halten der Variablen Alter, Körperunzufriedenheit, anorektischen und bulimischen Symptomen keine Erklärung für die signifikante Varianz in Bezug auf Depression, geringes Selbstwertgefühl und das Wohlfühlen mit der eigenen Geschlechteridentität. Diese Untersuchung unterstreicht somit die Hypothese, dass Homosexualität einen Risikofaktor für die Erkrankung an einer Essstörung darstellt und nicht allgemein psychische Störungen begünstigt (Russel & Keel, 2001).

2.1.8 Epidemiologie

Die Einschätzungen bezüglich der Häufigkeit von Essstörungen divergieren je nach Studie stark. Als Grund dafür kann gesehen werden, dass der Übergang von einer subklinischen Essstörung zu einer klinischen Essstörung fließend ist. Je nachdem, welche Diagnosekriterien verwendet werden, verändern sich die Häufigkeitseinschätzungen (Reidl, 2005).

2.1.8.1 Epidemiologie bei Anorexia Nervosa

Laut DSM-4 beträgt die Prävalenzrate für Anorexia Nervosa in der späten Adoleszenz, beziehungsweise im jungen Erwachsenenalter, bei Frauen zwischen 0.5 und 1 %. Das durchschnittliche Alter bei Erkrankungsbeginn liegt bei 17 Jahren, wobei im Alter zwischen 14 und 18 Jahren die Häufigkeit ihren Gipfel hat (Sass, Wittchen & Zaudig, 1996).

Nach Fombonne (1995, zitiert nach Comer, 2001) beginnt die Erkrankung meist zwischen 14 und 19 Jahren. Dies zeigt, dass sich wissenschaftliche Erhebungen nicht eindeutig auf eine absolute Altersgrenze festlegen und sich die Erkrankung ungefähr mit Beginn der Pubertät oder während der Pubertät entwickelt (Comer, 2001; Franke, 2001).

Zu erwähnen gilt auch, dass 95% aller Betroffenen Frauen sind (Fichter, 1985, zitiert nach Franke, 2001).

Zwischen zwei und sechs Prozent der Erkrankten sterben sogar in Folge der Erkrankung. Ursachen dafür sind zum Teil medizinische Hintergründe, aber auch suizidale Handlungen können dafür verantwortlich sein (Nielson et al., 1998; Neumarkter, 1997, Slade, 1995, zitiert nach Comer, 2001).

Nach Buddeberg-Fischer (2000) liegt die Prävalenz bei Atypischer Anorexia Nervosa oder subklinischen Formen zwischen 1.3 und 13 % für die Risikogruppe der 15- bis 24 jährigen Frauen (Buddeberg-Fischer, 2000).

Auch wenn immer wieder angenommen wird, dass ein Anstieg bei der Erkrankung über die Jahre hinweg bemerkbar ist, gibt Fombonne (1995) nach einer Metaanalyse von 29 epidemiologische Studien seit 1970 an, dass es keinen Hinweis auf einen Anstieg der Prävalenz gibt (Fombonne, 1995).

2.1.8.2 Epidemiologie bei Bulimia Nervosa

Die Prävalenzrate für Bulimia Nervosa in der Adoleszenz und dem jungen Erwachsenenalter liegt bei 1 bis 3% bei Frauen (Sass, Wittchen & Zaudig, 1996; Comer, 2001; Machado, Machado, Goncalves & Hoek, 2007). Bei Männern, so wird im DSM-4 berichtet, liegt der Wert bei ca. einem Zehntel. Somit sind wie auch bei Anorexia Nervosa 90 bis 95% der Erkrankten Frauen.

Der Beginn der Erkrankung liegt meist zwischen 15 und 21 Jahren (Comer, 2001).

2.1.8.3 Epidemiologie bei Binge Eating Disorder

Die Prävalenzrate für dieses Störungsbild liegt bei 2 bis 5 %, wobei zu beachten ist, dass bis zu 50% der Erkrankten adipös sind (Reidl, 2005; Machado et al., 2007; Kiefer & Rathmanner, 2004). Die Erkrankung scheint Männer und Frauen gleichermaßen zu betreffen (Tanofsky, Wilfey, Spurrell, Welch & Brownell, 1997, zitiert nach Tuschen-Caffier, Pook & Hilbert, 2001; Kiefer & Rathmanner, 2004).

2.1.8.4 Epidemiologie in Österreich

Eine genaue Aussage darüber zu treffen, wie viele Personen in Österreich von einer Essstörung betroffen sind, gestaltet sich sehr schwierig. Zum Einen, weil wie auch bei Suchterkrankungen oder anderen psychischen Störung die Dunkelziffer der nicht behandelten Personen nicht zweifelsfrei einzuschätzen ist, und zum Anderen, weil Studien in ihrer Häufigkeitseinschätzung voneinander abweichen. 1997 wurde von Rathner und Rainer erstmals eine Studie zur Schätzung der Häufigkeiten von Essstörungen in Österreich veröffentlicht. Für die Untersuchung wurden Behandlungszahlen aus dem Jahr 1994, Prävalenz und Inzidenzraten vergleichbarer Länder und

Volkszählungsdaten (1991) herangezogen (Reidl, 2005). Laut ihren Ergebnissen beträgt die Punktprävalenz bei Anorexia Nervosa 2500 Mädchen und junge Frauen und 6500 weibliche Erkrankte bei Bulimia Nervosa. Die Inzidenzrate bei Anorexia Nervosa lässt sich mit 600 Neuerkrankungen und 900 Neuerkrankungen bei Bulimia Nervosa einschätzen. Grundsätzlich geht aus der Studie hervor, dass 200 000 Österreicherinnen zumindest einmal in ihrem Leben an einer Essstörung erkranken (Rathner & Rainer, 1997).

Laut Statistik Austria (2002) sind 9.1 % der Bevölkerung in Österreich adipös, das bedeutet 5% der Frauen und 6% der Männer weisen einen BMI von über 30 auf (Reidl, 2005; Statistik Austria, 2002, zitiert nach Kiefer & Rathmanner, 2004).

2.2 Persönlichkeitspsychologie

Mit der Veröffentlichung des Werkes „La psychologie individuelle“ von Binet und Henry (1895) wurden die ersten wissenschaftlichen Grundlagen, wie Fragestellungen und Methoden der differentiellen, beziehungsweise Persönlichkeitspsychologie vorgestellt.

Bereits 1900 erschien von William Stern die erste Auflage des Buches „Die differentielle Psychologie und ihre methodischen Grundlagen“, in welchem das Fachgebiet der differentiellen Psychologie weiter erläutert und ausgebaut wurde. Bis zu

seiner 3. Auflage (1921) beinhaltet es wesentliche Punkte für die nachfolgende Forschung in der differentiellen Psychologie und hat somit diese wissenschaftliche Disziplin nachhaltig geprägt. Im Kapitel „Methoden der Persönlichkeitspsychologie“ wird weiter auf Sterns methodische Ansätze eingegangen (Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann, 2006).

2.2.1 Aufgabenfelder der Persönlichkeitspsychologie

Die Persönlichkeitspsychologie widmet sich der Beschreibung von Unterschieden zum Einen innerhalb von Personen (intraindividuelle Unterschiede), zum Anderen zwischen verschiedenen Personen (interindividuelle Unterschiede) und als dritten Aspekt zwischen Personengruppen (Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann, 2006).

Festgehalten wird an dieser Stelle, dass der Begriff Personengruppe nicht im Sinne der Sozialpsychologie verwendet wird, in der Gruppen auf Grund gemeinsamen Handelns und Interaktion zu Gruppen werden, sondern hier werden Personen mit einem oder mehreren gleichen Merkmalen in eine Gruppe zusammengefasst, um sie anschließend mit einer Personengruppe vergleichen zu können, die dieses/e Merkmal/e nicht aufweist. Als Merkmale zur Formung von Gruppen gelten demographische Daten wie Alter und Geschlecht, oder auch Persönlichkeitsmerkmale mit verschiedenem Ausprägungsgrad, wie hohe oder niedrige Ängstlichkeit (Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann, 2006).

Um die Unterschiede zu beschreiben, werden „Beschreibungssysteme“ entwickelt. Diese Beschreibungssysteme setzen sich aus verschiedenen Einheiten zusammen. Diese Einheiten stellen verschiedene Persönlichkeitsmerkmale oder Eigenschaften dar, anhand welcher man Personen vergleichen kann. Zudem sollen in einem Beschreibungssystem auch die Relationen der einzelnen Merkmale festgelegt sein. Die erarbeiteten Beschreibungsmerkmale kommen in der psychologischen Diagnostik zur Anwendung. Das heißt, dass auf Basis dieser Beschreibungssysteme psychologische Tests und Fragebögen entwickelt werden (Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann, 2006; Pervin, Cervone & John, 2005).

Zudem wird in der Persönlichkeitspsychologie auch nach Erklärungen für das Auftreten und die Ausprägung bestimmter Eigenschaften gesucht, woraus in weiterer Folge Theorien entworfen werden, die menschliche Verhaltensweisen oder ihr Erleben erklären (Pervin, Cervone & John, 2005).

2.2.2 Definition Persönlichkeit

Seit Beginn der Persönlichkeitspsychologie wurden Versuche unternommen den Begriff Persönlichkeit zu definieren. Auch in der Alltagssprache wird oftmals der Begriff „Persönlichkeit“ verwendet. Nachfolgend werden die einheitlichen Aspekte zur Definition von Persönlichkeit aus wissenschaftlicher Sicht thematisiert.

Der Begriff Persönlichkeit beinhaltet, dass es sich hierbei um eine Struktur und Gesamtheit verschiedener Merkmale handelt. Persönlichkeit setzt sich auch Einzelelementen zusammen, aus Eigenschaften, Merkmalen oder Traits, die eine gewisse Stabilität und Konstanz aufweisen. Die Konstanz verschiedener Eigenschaften beinhaltet, dass das Verhalten eines Menschen über Tage, Wochen oder bei verschiedenen Situationen ähnlich bleibt und sich somit durchschnittlich gesehen als konstant erweist. Zudem wird Einzigartigkeit angenommen, das heißt, jeder Mensch unterscheidet sich in seiner Persönlichkeit von anderen Menschen (Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann, 2006; Pervin, Cervone & John, 2005; Baumann, 2002).

2.2.3 Fragestellungen der Persönlichkeitspsychologie

In der Persönlichkeitspsychologie werden Fragestellungen bearbeitet, die Gesetzmäßigkeiten innerhalb einer Person oder innerhalb einer Personengruppe betreffen. Die Fragestellungen betreffen gesetzmäßige Unterschiede, die mindestens zwei Personen oder mindestens zwei Gruppen von Personen charakterisieren. Die Fragestellungen betreffen die „Beschaffenheit von Merkmalen, in denen es interindividuelle Unterschiede gibt und das Ausmaß dieser Unterschiede“. Zudem wird untersucht, in welcher Beziehung verschiedene Merkmale zueinander stehen, welche Ursachen für die Unterschiede verantwortlich sind, und inwieweit Merkmale veränderbar sind,

z.B. durch Training oder Medikamente (Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann, 2006; Pervin, Cervone & John, 2005). In vielen Bereichen der Psychologie werden differentielle Fragestellungen untersucht. In der klinischen Psychologie beispielsweise werden sie eingesetzt um Personengruppen mit einer bestimmten Störung voneinander abzugrenzen, aber auch um festzulegen, ab welchem Ausprägungsgrad bei einem oder mehreren Merkmalen eine klinische Störung diagnostiziert wird, in der Pädagogischen Psychologie z.B. im Bereich Schule oder in der Arbeits- und Organisationspsychologie. Das heißt, die Differentielle Psychologie stellt die Grundlage für viele anwendungsbezogene Felder der Psychologie dar (Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann, 2006; Baumann, 2002).

2.2.4 Methoden der Persönlichkeitspsychologie

Bei Persönlichkeitspsychologie handelt es sich um eine empirische Wissenschaft, das heißt, anhand von wissenschaftlichen Methoden werden Fragestellungen und Hypothesen auf der Grundlage wissenschaftlich beobachteter und somit objektiver, nachvollziehbarer Daten überprüft (Pervin, Cervone & John, 2005).

William Stern publizierte in seinem Buch „Über Psychologie der individuellen Differenzen - Ideen zu einer Differenziellen Psychologie“ (1921) methodische Zugänge zur differentiellen Psychologie. Beschrieben werden Variations- und

Korrelationsforschung, Psychographie und Komparationsforschung (Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann, 2006).

2.2.4.1 Variationsforschung

Die Variationsforschung wird eingesetzt, um das Ausmaß der Unterschiede zwischen verschiedenen Personen im Hinblick auf ein Merkmal zu untersuchen.

Diese interindividuellen Unterschiede werden anhand einer Verteilung des jeweiligen beobachteten Merkmals dargestellt.

Es wird angenommen, dass psychologische Merkmale einer Normalverteilung entsprechen (Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann, 2006).

2.2.4.2 Korrelationsforschung

Wie bereits im Kapitel Fragestellungen der Persönlichkeitspsychologie beschrieben, wird untersucht, inwieweit verschiedene Merkmale zusammenhängen. Mit den Methoden der Korrelationsforschung werden Zusammenhänge anhand der Beobachtung zweier oder mehrerer Merkmale an mehreren Menschen herausgearbeitet (Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann, 2006).

2.2.4.3 Psychographie

Die Psychographie stellt einen der ersten methodischen Zugänge in der Differentiellen Psychologie dar. Bei dieser Methode

wird eine Person hinsichtlich verschiedener Merkmale betrachtet (Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann, 2006).

2.2.4.4 Komparationsforschung

Bei der Komparationsforschung werden zwei oder mehrere Personen in Bezug auf mehrere Merkmale beobachtet. Diese Form der Methode ist ähnlich zu sehen wie die Korrelationsforschung, bei der Zusammenhänge zwischen Merkmalen über verschiedene Personen hinweg untersucht werden und im Gegenzug werden in der Komparationsforschung Zusammenhänge zwischen Personen hinsichtlich verschiedener Merkmale untersucht (Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann, 2006).

Bei Sterns Formulierungen der methodischen Zugänge wird jedoch die Komponente Veränderbarkeit über die Zeit oder die Situation außer Acht gelassen. Cattell (1957) lässt diese Komponente in seine Darstellung des methodischen Zuganges in der differentiellen Psychologie einfließen. Cattell entwarf einen dreidimensionalen Datenquader, um die Zusammenhänge, anders formuliert die „korrelative Ähnlichkeiten“, hinsichtlich der Aspekte Merkmal, Person, Zeit und Situation darzustellen (Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann, 2006). Die R-Technik stellt die Ermittlung der Zusammenhänge verschiedener Merkmale über mehrere Personen dar. Die Q-Technik untersucht Korrelationen von mehreren Personen über verschiedene Merkmale.

Die R und Q Techniken sind auch schon in Sterns Konzept enthalten, da die Komponenten Messzeitpunkt und Situation konstant gehalten werden und nicht in die Beobachtung einfließen.

In der O-Technik kommt schließlich der Einfluss der Situation zum Tragen. Korreliert werden hier verschiedene Situationen hinsichtlich verschiedener Merkmale, wobei die Person nicht variiert.

Die P-Technik beinhaltet den Vergleich von verschiedenen Merkmalen über eine Mehrzahl an Situationen hinweg. Die Person bleibt in der P-Technik ebenfalls die Selbe.

In der S-Technik spricht man von Korrelationen zwischen verschiedenen Personen hinsichtlich eines Merkmals über verschiedene Situationen hinweg.

In der T-Technik werden verschiedene Situationen hinsichtlich eines Merkmals über verschiedene Personen hinweg korreliert (Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann, 2006).

2.2.5 Darstellung der Analyseeinheiten in der Persönlichkeitspsychologie

2.2.5.1 Verhaltensmerkmale

Einzelne Verhaltensmerkmale stellen die Beobachtung der Reaktion eines Menschen auf einen bestimmten Reiz dar. Die Reaktionen von verschiedenen Menschen auf denselben Reiz können sehr unterschiedlich sein, aber auch in verschiedenen

Situationen kann die gleiche Person sehr unterschiedlich reagieren.

Diese Beschreibungen von Unterschieden auf intra-und interindividueller Ebene werden in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung selten verwendet, weil eine Form der Verallgemeinerung von Verhalten angestrebt wird (Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann, 2006).

2.2.5.2 Verhaltensgewohnheiten oder Habits

Werden Verhaltensmerkmale auf zukünftige Zeitpunkte oder Situationen verallgemeinert, spricht man von Verhaltensgewohnheiten. Wichtige Aspekte diesbezüglich sind die Stabilität des Verhaltens, die Generalisierung auf identische Situationen und die Konsistenz des Verhaltens, die Verallgemeinerung auf ähnliche Situationen. Beide Aspekte sind für die Formulierung einer Persönlichkeitstheorie unersetzlich (Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann, 2006). Geprägt wurden die Konzepte Stabilität und Konsistenz durch den Behaviorismus. Im Behaviorismus wird menschliches Verhalten dahingehend beschrieben, dass es sich hierbei um Reiz-Reaktionsmuster handelt, die aufgrund von operanter Konditionierung, klassischer Konditionierung und anschließender Generalisierung des Reizes (die Reaktion wird auch von ähnlichen Reizen ausgelöst) oder Generalisierung der Reaktion (ein Reiz löst nicht nur mehr die ursprüngliche

Reaktion aus, sondern auch andere) aufgebaut werden. Das Verhaltensmuster eines Menschen formt sich nach Ansicht des Behaviorismus durch seine Lernerfahrung und Belohnungserfahrungen im Zuge dessen, wobei die fehlende Selbstreflektion oder Selbstkontrolle (Bandura, 1989, zitiert nach Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann, 2006) in diesen Theorien als Kritik angesehen werden kann.

Verhaltensgewohnheiten oder Habits sind „gelernte Verbindungen zwischen Reizen und Reaktionen“ (Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann, 2006).

Diese Verhaltensgewohnheiten können verschieden stark ausgeprägt sein und manchmal wird durch den Reiz nur eine bestimmte Verhaltensweise motiviert, aber noch nicht ausgelöst. Diese motivationalen Prozesse sind nicht mehr direkt beobachtbar (Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann, 2006).

2.2.5.3 Dispositionseigenschaften oder Traits

Im alltäglichen Leben wird oftmals beobachtetes Verhalten zu Kategorien zusammengefasst und mit einem Attribut belegt, wie z.B. dass jemand „hilfsbereit“ ist. Zudem inkludiert diese Bewertung die Erwartung, dass sich die jeweilige Person auch in Zukunft dementsprechend verhalten wird. Die Erwartung, dass ein Mensch ein bestimmtes Verhalten zeigen wird bezieht sich auf die „Handlungsbereitschaft oder Disposition“.

„Dispositionseigenschaften“ oder „Dispositionsprädikate“

(Herrmann, 1973, zitiert nach Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann, 2006) können nicht direkt beobachtet werden, hier werden gedankliche Verbindungen zwischen verschiedenen Situationen und Verhaltensweisen gezogen. Die Unterscheidung von Verhaltensmerkmalen und Verhaltensdispositionen ist schon wegen ihrer oftmals ähnlichen Benennung nicht einfach. Die Umschreibung von Traits als relativ breite und zeitlich stabile Disposition zu bestimmten Verhaltensweisen, die konsistent in verschiedenen Situationen auftreten ist eine gängige Form der Definition. Die Zusammenfassung in Kategorien, Traits, grenzt die große Menge an Verhaltensmerkmalen ein und legt die Basis für eine ökonomische Herangehensweise in der differentiellen Psychologie, wie auch im alltäglichen Leben. Zudem können aufgrund der Verhaltensdispositionen zukünftige Verhaltensweisen in ähnlichen Situationen abgeschätzt werden. Aus der Gesamtheit der Traits formiert sich das Konzept der Persönlichkeit (Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann, 2006).

2.2.5.3.1 Bestimmung der Traits

Wie können Traits nun im wissenschaftlichen Sinn gewonnen werden? Zum einen werden Traits durch rationale Variablenreduktion, zum anderen durch analytische Variablenreduktion und als dritte Methode werden sie durch die Analyse von Handlungshäufigkeiten bestimmt.

In der rationalen Variablenreduktion werden gleiche Konsequenzen auf verschiedene Verhaltensweisen zusammengefasst. Zum Beispiel wird die Eigenschaft „Aggressivität“ auf der Grundlage verschiedener Handlungen formuliert, wie schlagen oder das Beschimpfen anderer Personen, da es ähnliche Konsequenzen wie Unbehagen oder Angst bei der betroffenen Person auslöst. In weiterer Folge kann schließlich in die Traits verbale oder körperliche Aggressivität unterschieden werden (Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann, 2006).

Traits können auch auf der Grundlage von topographischen Ähnlichkeiten bestimmt werden. Am Beispiel verbale Aggressivität würde das beobachtete Verhalten, alle Verhaltensweisen werden mit der Stimme vermittelt, zur Kategorisierung beitragen (Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann, 2006).

Rationale Variablenreduktion kann auch auf der Basis ähnlicher Prozesse durchgeführt werden. Unter Prozesse werden motivationale oder kognitive Prozesse subsummiert.

Je nachdem, ob wenige oder einander ähnliche Verhaltensweisen zu einer Kategorie zusammengefasst werden oder die Verhaltensweisen in einem weiteren Sinn zusammengefasst werden, erhält man schmale oder weite Traits. „Aggressivität“ stellt ein breites Trait dar, physische Gewalttätigkeit und verbale, psychische Gewalt werden dabei zusammengefasst (Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann, 2006).

Bei diesem lexikalischen Ansatz, können je nach Sprachverständnis sehr viele Beschreibungsvariablen für Verhalten gefunden werden. So bezifferten Allport und Odbert (1936) 17000 Wörter um menschliches Verhalten zu bezeichnen. Dieser Ansatz gilt jedoch für die Beschreibung von Einzelfällen. Cattell (1943) entwickelte aus dem „Allport-Odbert-Katalog“ eine neue Auswahl an Beschreibungsdimensionen, indem er eine Kategorie durch mehrere Attribute mit Hilfe der Faktorenanalyse beschrieb (Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann, 2006).

Die Bestimmung der Traits durch analytische Variablenreduktion wird mithilfe der Faktorenanalyse durchgeführt. Hierbei handelt es sich um ein hierarchisches Modell, auf deren untersten Stufe sich verschiedene Verhaltensvariablen befinden. Zwischen den verschiedenen Variablen werden Korrelationen berechnet und anschließend bei hohem Korrelationskoeffizienten in Gruppen zusammengefasst. Die Verhaltensvariablen werden zu möglichst wenigen übergeordneten, voneinander unabhängigen Faktoren zusammengefasst und somit auf diese Weise reduziert (Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann, 2006).

Die Gewinnung der Traits durch die Analyse von Handlungshäufigkeiten nach Buss und Craik (1980, 1981, 1983 zitiert nach Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann, 2006) geht den umgekehrten Weg, zuerst werden Traits formuliert und anschließend werden ihnen jene Handlungsweisen zugewiesen, die

mit hoher Häufigkeit einhergehen und mit diesem Trait in Verbindung stehen und dieses kennzeichnen.

Zur Veranschaulichung wird nachfolgend die Vorgehensweise beschrieben. Zunächst wurden Personen angewiesen sich drei Personen aus ihrem näheren Umfeld vorzustellen bei denen bestimmte Eigenschaften, wie Geselligkeit besonders ausgeprägt sind. Anschließend sollten sie jene Handlungsweisen, die besonders charakteristisch sind für diese Eigenschaft und die sie schon bei der vorgestellten Person beobachtet hatten, niederschreiben. Diese Auflistung an besonders typischen Verhaltensweisen für ein Trait wurde im letzten Schritt einer anderen Personengruppe zur Beurteilung vorgelegt. Es ergaben sich hohe Übereinstimmungen zwischen den Auflistungen und anschließenden Bewertungen (Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann, 2006).

2.2.5.4 States

Das Konzept States stammt von Cattell (1950) und es grenzt sich vom Begriff Trait ab, indem es als weniger stabil und über die Zeit hinweg veränderbar erscheint. Beim Begriff State handelt es sich um den momentanen Zustand im Erleben und Verhalten einer Person (Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann, 2006).

Erfasst werden States meist anhand von Listen von Eigenschaftswörtern die von der betreffenden Person anhand einer Skala für den momentanen Zustand bewertet werden. Die

Erfassung von States dient vor allem dazu, Veränderungen über verschiedene Zeitspannen zu erfassen. Beispielsweise wird die Dimension „Deprimiertheit“ (Janke und Debus, 1978, zitiert nach Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann, 2006) zu verschiedenen Tagezeitpunkten oder Jahreszeiten von Personen beurteilt, um anschließend Unterschiede in der zeitlichen Komponente feststellen zu können.

Die Übergänge zwischen State und Trait Dimension ist fließend und sehr viele Trait Konzepte weisen auch eine State Komponente auf und umgekehrt (Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann, 2006).

2.2.6 Persönlichkeitsmodelle

Im Laufe der geschichtlichen Entwicklung der Differentiellen Psychologie wurden verschiedene Modelle entwickelt, um Persönlichkeit in ein Theoretisches Konzept zu fassen. Überblicksmäßig werden hier die verschiedenen Persönlichkeitstheorien dargestellt und anschließend wird näher auf die Modelle der Wesenszugtheoretiker oder, anders ausgedrückt, die Trait- Ansätze eingegangen, wie das Persönlichkeitmodell von Cattell oder Eysenck, da diese theoretischen Konstrukte wesentlich für die Entwicklung des Persönlichkeitsfragebogens von Costa und McCrae sind, der in weiterer Folge auch behandelt werden soll (Pervin, Cervone & John, 2005).

2.2.6.1 Persönlichkeitsmodelle im Überblick

Die Persönlichkeitstheorie der Psychoanalyse betrachtet den Menschen als eine Art Energiesystem. Der Mensch ist geleitet durch seine Triebe und ist bestrebt diese zu befriedigen, wobei die Form der Triebbefriedigung nicht immer gleich erfolgen kann und diese auch gewissen sozialen und gesellschaftlichen Normen unterworfen ist. Eine bedeutende Rolle kommt dabei dem Unbewussten zu. Zudem entwickelt der Mensch durch seine Erfahrungen bereits in früher Kindheit, Abwehrmechanismen, um unangenehme Situation in gewisser Weise zu verzerren und um negative Gefühle aus dem Bewusstsein zu verbannen (Pervin, Cervone & John, 2005).

Ganz im Gegensatz dazu steht die Persönlichkeitstheorie der Phänomenologischen Richtung. Das Selbst und vorrangig die bewussten Erfahrungen und Motive stehen im Vordergrund. Der Mensch strebt nach dieser Theorie nach Selbstverwirklichung und ein zentrales Motiv ist die persönliche Entwicklung, um seine psychische Gesundheit aufrecht zu erhalten, wie beispielsweise von Rogers betont wird. Die Weiterentwicklung des Selbst kann als fortwährender Prozess angesehen werden, ganz im Gegensatz zur Definition der Persönlichkeit in Freuds psychodynamischem Modell, der diese als festgelegt und stabil ansah (Pervin, Cervone & John, 2005).

Wie bereits im Kapitel „Analyseeinheiten in der Differentiellen Psychologie“ angesprochen wird, kommen im

speziellen die Verhaltensgewohnheiten oder Habits eines Menschen im Behaviorismus zum Tragen, welche die Bausteine für das Persönlichkeitsmodell dieser Richtung bilden. Demnach bildet sich die Persönlichkeit eines Menschen auf der Grundlage seiner Lernerfahrungen mit seiner Umwelt, den Bestrafungs- und Belohnungsmechanismen die er erfährt und die sein Verhalten prägen und seine Persönlichkeit ausmachen (Pervin, Cervone & John, 2005).

In der Persönlichkeitskonstrukttheorie, wie beispielsweise der kognitiven Theorie von George A. Kelly, liegt das Augenmerk darauf, wie Menschen ihre Umwelt interpretieren und bewerten und auf Basis dieser Interpretation Konstrukte formulieren. Diese Konstrukte, die individuell unterschiedlich sind, werden weiterhin verwendet, um die Umwelt und Ereignisse wahrzunehmen und für sich zu interpretieren. George A. Kelly sieht den Menschen als eine Art „Wissenschaftler“, der bemüht ist Konstrukte zu entwerfen, um ihre Umgebung vorhersehbarer zu machen. In Kellys Theorie steckt die starke Ausrichtung des Menschen auf die Zukunft und ebenfalls die Annahme, dass der Mensch sich aktiv kognitiv mit der Umwelt auseinandersetzt und seine Konstrukte nicht festgefahren sind, demnach also auch neu formuliert werden können (Pervin, Cervone & John, 2005).

Sozial-kognitive Theorien, wie sie von Albert Bandura und Walter Mischel entworfen wurden beziehen sich auf die kognitiven Prozesse, die vonstatten gehen, wenn Menschen ihre

Umwelt interpretieren. Sie gliedern, im Gegensatz zu den rein kognitiven Modellen, die wechselseitige Interaktion zwischen Individuum und Umwelt als bedeutenden Aspekt bei der Entwicklung der Persönlichkeit ein, wie auch Kontrollprozesse hinsichtlich Erwartungen des Individuums und Erreichung eigener Ziele. Ein wichtiges Konzept der sozial kognitiven Theorie stammt von Bandura, die „wahrgenommene Selbstwirksamkeit“. Der Begriff der wahrgenommene Selbstwirksamkeit beschreibt die Erwartung von Personen, ob sie auf Basis ihrer eigenen Fähigkeiten in einer bestimmten Situation erfolgreich handeln werden. Dieses Konzept ist bedeutend für die Leistungsmotivation eines Menschen und seine Bereitschaft sich auch an schwierige Aufgaben zu versuchen (Pervin, Cervone & John, 2005).

Auch auf der Grundlage biologischer Überlegungen werden Persönlichkeitstheorien entworfen, wie beispielsweise die Temperamentsforschung, die die Ausprägung des Temperaments auf genetische Ursachen zurückführt, wobei das Temperament emotionale Befindlichkeit und anschließende Handlungsweisen umfasst.

Zur Untermauerung der genetischen Komponente bei der Entwicklung von Persönlichkeitsmerkmalen werden z. B. die Zwillingsforschung und Adoptionsforschung angewendet (Kagan, 1994 zitiert nach Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann, 2006).

Aus evolutionstheoretischer Sicht formiert sich eine Theorie zur Persönlichkeitsentwicklung. Der Kern dieser Theorie ist die Annahme, dass sich psychologische Vorgänge im Laufe der menschlichen Geschichte entwickelt und gefestigt haben, um das Überleben und den Fortbestand des Menschen zu sichern (Pervin, Cervone & John, 2005).

Der Beitrag der Neurowissenschaften konzentriert sich auf die Erforschung Gehirnphysiologische Bereiche und deren chemische Übertragungssysteme, wie Neurotransmitter und Hormone, um Rückschlüsse auf das Verhalten des Menschen und damit auf seine Persönlichkeit ziehen zu können (Pervin, Cervone & John, 2005).

2.2.6.2 Modelle der Persönlichkeitswesenszüge

Persönlichkeitswesenszüge oder Traits sind grundlegende psychologische Merkmale eines Menschen, sich in einer bestimmten Weise zu Verhalten. Nicht nur das Verhalten, auch das Erleben, die Denkweise und das Fühlen sind von den Wesenszügen bestimmt. Die Wesenszüge der Persönlichkeit inkludieren die Disposition sich auch in zukünftigen Situationen dem Wesenszug entsprechen zu verhalten, das heißt, sie können als konsistentes Muster angesehen werden (Pervin, Cervone & John, 2005).

Auch in der alltäglichen Sprache werden Wesenszüge zur Beschreibung von Menschen herangezogen. In den Wesenszügen werden verschiedene Verhaltensweisen zu Kategorien

zusammengefasst und anschließend betitelt. Zum Beispiel bedarf die Kategorisierung, jemand ist freundlich, einiger dementsprechender Handlungen, um ihn oder ihr diesen Persönlichkeitszug zuzuschreiben. Zum einen dienen die Persönlichkeitswesenszüge, wie beschrieben, zur Zusammenfassung von Verhalten, zum anderen, um zukünftiges Verhalten vorherzusehen und um Verhalten zu erklären.

Die einzelnen Wesenszüge sind individuell verschieden stark ausgeprägt und je nachdem wie stark ein Wesenszug ausgeprägt ist, verhält sich ein Mensch auch danach.

In dieser Theorie wird davon ausgegangen, dass die Persönlichkeit eines Menschen hierarchisch aufgebaut ist. Auf unterster Stufe stehen einzelne Handlungen, die unter „gewohnheitsmäßige“ Handlungen zusammengefasst werden können (Eysenck, 1970, 1990, zitiert nach Pervin, Cervone & John, 2005) und anschließend können sie zu Kategorien, den Wesenszügen gebündelt. Es werden jeweils Verhaltensweisen oder Verhaltensgewohnheiten zusammengefasst, die in gewisser Weise miteinander verbunden sind. Auch die einzelnen Wesenszüge können zu Kategorien höherer Ordnung vereint werden, den „sekundären Persönlichkeitsfaktoren“ (Eysenck, 1970, 1990, zitiert nach Pervin, Cervone & John, 2005).

Um Wesenszüge bilden zu können, wird von vielen Forschern der Persönlichkeitspsychologie, wie Eysenck und Cattell, die statistische Herangehensweise der Faktorenanalyse verwendet.

Ein bedeutender Wissenschaftler für die Entwicklung der Wesenszugtheorie war Gordon W. Allport, der viele Grundlagen zur Erforschung der Wesenszüge geliefert hat, dessen Ansatz jedoch die Einzigartigkeit des Individuums hervorhob und nicht allgemein gültige Annahmen hinsichtlich der Persönlichkeitsunterschiede zwischen Menschen machte. Bereits im Kapitel „Darstellung der Analyseeinheiten in der Persönlichkeitspsychologie“ wurde über seine Annahmen berichtet (Pervin, Cervone & John, 2005).

2.2.6.2.1 Persönlichkeitsmodell nach Hans J. Eysenck

Dem Persönlichkeitsmodell von Hans J. Eysenck liegt der Gedanke zugrunde, eine zuverlässige Messung der Persönlichkeitswesenszüge durchzuführen, um individuelle Unterschiede zu beschreiben (Pervin, Cervone & John, 2005). Die zuverlässige Messung und anschließende Formulierung von Wesenszügen wird auf Grundlage der Faktorenanalyse bewerkstelligt. Bei Eysencks Modell handelt es sich um einen nomothetischen Ansatz. Die durch Faktorenanalyse gewonnenen Faktoren oder Dimensionen der Persönlichkeit gelten nicht nur für den Einzelfall, sondern stellen Beschreibungen dar, die in ihrer unterschiedlichen Ausprägung auf alle Menschen zutreffen und die Persönlichkeit an sich charakterisieren (Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann, 2006; Pervin, Cervone & John, 2005).

Die Vorgehensweise gestaltet sich wie nachfolgend erklärt.

Zunächst werden einer Vielzahl an Personen viele verschiedene Items zur Beantwortung vorgelegt. Korrelieren nun einzelne Items, lässt sich der Schluss daraus ziehen, dass diesem Cluster oder Muster an positiv korrelierenden Items ein übergeordneter Faktor oder, anders bezeichnet, eine Persönlichkeitsdimension zugrunde liegt. Die Faktorenanalyse dient somit dazu, Muster aus einem Pool an Items herauszufiltern. Den Mustern, bei denen die Items hoch korrelieren, können anschließend Namen zugeteilt werden. Diese Namensgebung erfolgt auf Basis des theoretischen Wissens und der Interpretation des durchführenden Forschers und ist somit nicht bis in letzte Konsequenz objektiv.

Anschließend an diesen Vorgang führte Eysenck eine weitere Faktorenanalyse durch und gelangte von den Wesenszugfaktoren zu sogenannten „Sekundärfaktoren“ oder „Superfaktoren“ (Eysenck). Die so definierten Sekundärfaktoren sind Dimensionen, die einen Anfangspunkt und einen Endpunkt aufweisen. Diese Faktoren folgen somit einem kontinuierlichen Verlauf (Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann, 2006; Pervin, Cervone & John, 2005).

Eysenck ging von der Annahme aus, dass die so gewonnen Faktoren der Persönlichkeitsstruktur des Menschen entsprechen und formulierte zunächst die Dimensionen Introversion versus Extraversion und emotionale Stabilität versus emotionale Labilität, anders ausgedrückt, „Neurotizismus“. Diese beiden

Dimensionen korrelieren nicht miteinander. Jeder Mensch weist nach seiner Annahme in beiden Faktoren eine höhere oder niedrigere Ausprägung auf.

Später fügte Eysenck noch den dritten Sekundärfaktor, „Psychotizismus“, hinzu.

Eysenck entwickelte folgende Fragebögen zur Erfassung der drei Dimensionen: „Maudsley-Persönlichkeits-Inventar“, das „Eysenck-Persönlichkeits-Inventar“ und den „Eysenck-Persönlichkeitsfragebogen“.

Eine Person mit einer hohen Ausprägung in der Dimension Extraversion ist demnach „gesellig“, „lebhaft“, „behauptet sich“, ist „aktiv“, „spontan“ und „Sensationslüsternd“.

Neurotizismus beinhaltet die Wesenszüge „ängstlich, depressiv, hat Schuldgefühle und ein geringes Selbstwertgefühl und steht oftmals unter Spannung“ (Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann, 2006; Pervin, Cervone & John, 2005).

Eine hohe Ausprägung im Sekundärfaktor Psychotizismus wird gekennzeichnet durch die Dimensionen „Aggressiv, Kalt, egozentrisch, unpersönlich und impulsiv“.

Es wurden zahlreiche Studien hinsichtlich der Dimension Extraversion/Introversion durchgeführt (Watson & Clark, 1997, Moss und McEvedy, 1966, zitiert nach Pervin, Cervone & John, 2005).

Den drei Sekundärfaktoren schrieb Eysenck jeweils als Ursache biologische Unterschiede zu. Als Ursache für die Ausprägung auf der Dimension Extraversion/Introversion gelten

neurophysiologische Prozesse. Neuere Forschungen (z.B. Geen, 1997, zitiert nach Pervin, Cervone & John, 2005) bestätigen seine Annahme.

Laut Eysenck spielt auch die Umwelt eine wichtige Rolle für den Ausprägungsgrad bei Extraversion/Introversion.

Die Dimension Neurotizismus basiert auf der Erregbarkeit des autonomen Nervensystems. Jedoch kann dies nicht klar durch die Forschung untermauert werden. Auch die biologische Ursache für die Ausprägung in der Dimension Psychotizismus ist nicht hinreichend geklärt (Pervin, Cervone & John, 2005).

2.2.6.2.2 Persönlichkeitsmodell nach Raymond B. Cattell

Auch Raymond B. Cattell setzte die Faktorenanalyse zur Erforschung der Persönlichkeit ein.

Eysenck konzentrierte sich bei seinen Forschungsarbeiten auf die Konzipierung von Wesenszügen im Sinne von Temperamentsfaktoren. Cattell unterscheidet den Aufbau der Persönlichkeit noch in Fähigkeitswesenszüge (Ability traits), kognitive Fähigkeiten und dynamische Wesenszüge (Dynamic Traits), wie die motivationale Komponente bei einem Menschen. Zudem bezog Cattell zwei weitere Komponenten mit ein, die das Verhalten eines Menschen beeinflussen. Zum einen den aktuellen Zustand (State), in dem sich eine Person befindet (z.B. emotionale Schwankungen) und zum Anderen den Aspekt der Rolle (Roles). Die Verhaltensweisen, die ein Mensch zeigt, sind demnach auch von der momentanen sozialen Rolle abhängig in der

er sich befindet (Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann, 2006; Pervin, Cervone & John, 2005).

Cattell wählte für die Filterung der unterschiedlichen Wesenszüge drei verschiedene Arten der Datengewinnung.

Die L-Daten oder Live Daten, die sich auf Fremdbeobachtungen konkreten Verhaltens und Aufzeichnung über Eckpunkte und Ereignisse im Leben eines Menschen beziehen (Berufswechsel, Krankenhausaufenthalte etc.) (Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann, 2006; Pervin, Cervone & John, 2005; Baumann, 2002).

Die Q-Daten basieren auf Selbstbeurteilungen, z.B. auf Basis ausgefüllter Fragebögen nach Eysenck.

T-Daten werden auf der Grundlage von objektiven Tests gewonnen. Bei objektiven Tests zeigt die Versuchsperson ein Verhalten, ist sich jedoch nicht darüber im Klaren was im Fragebogen abgefragt wird oder welcher Wesenszug gemessen werden soll. Das Forschungsziel ist für die Versuchsperson somit nicht durchschaubar und sie kann nicht vorsätzlich sozial erwünscht handeln, oder ihr Antwortverhalten der Messintention entsprechend vorspielen (Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann, 2006; Pervin, Cervone & John, 2005).

Cattell konzipierte 171 Grundbegriffe auf der Grundlage von lexikalischen Analysen (Begriffe aus der Alltagssprache oder Wörterbüchern), sowie auch aus dem Katalog von Allport und Odbert, die zur Fremdbeurteilung von Personen dienten.

Aus diesen L-Daten wurden durch Faktorenanalyse 12 Faktoren gewonnen, die in ihren unterschiedlichen Ausprägungen

Persönlichkeit charakterisieren. Die faktorenanalytische Analyse der Q-Daten ergaben 16 Faktoren. Diese 16 Faktoren bilden die Grundlage für die Entwicklung des Fragebogens „16 Factory Inventory“ (16 PF).

Aufbauend auf seine Ergebnisse entwickelte er viele verschiedene objektive Tests zur Messung der vorher gefundenen Wesenszüge und kam dabei auf insgesamt 21 Wesenszüge.

(Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann, 2006; Pervin, Cervone & John, 2005; Baumann, 2002)

2.2.6.3 Einfluss von Eysenck und Cattell auf die Entwicklung der Big Five Faktoren der Persönlichkeit

In den 90er Jahren ging man in der Erforschung der Persönlichkeit dazu über, auf den Grundlagen der bereits gewonnenen Theorien Persönlichkeitsfaktoren höherer Ordnung zu bilden. Von Goldberg wurden so fünf Faktoren gefunden und als „Big Five“ benannt (Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann, 2006).

Tubes und Christal (1992) überarbeiteten Cattells und Fiskes Korrelationsanalysen und kamen dabei auf fünf unabhängige Faktoren.

Norman (1963) setzte auf Basis der fünf Faktoren von Tubes und Christal jeweils vier charakteristische Rating-Variablen aus Cattells Analysen ein. Anschließend wurden diese zur Fremdbeurteilung verschiedenen Stichproben vorgelegt. Die fünf Faktoren konnten bestätigt werden. Diese Faktoren nannte er

„Extraversion, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit, emotionale Stabilität, Kultiviertheit“. Diese Faktoren wurden in zahlreichen Untersuchungen herangezogen (Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann, 2006).

Costa und McCrae entwickelten 1992 nach zahlreichen Studien den „NEO-Personality Inventory Revised“ (NEO-PI-R) zur Erfassung der Big Five Faktoren. Zu Beginn ihrer Entwicklung eines Fragebogens, der die Wesenszüge der Persönlichkeit ebenfalls mithilfe der Faktorenanalyse erfassen sollte, fanden sie zu den bereits gut belegbaren und erforschten Persönlichkeitswesenszügen Extraversion und Neurotizismus eine weitere Dimension, „Offenheit für Erfahrungen“. Anschließend erweiterten sie ihre Theorie um die Faktoren „Verträglichkeit“ und „Gewissenhaftigkeit“ auf der Grundlage ihrer eigenen Forschungen und der Ergebnisse anderer Forscher hinsichtlich des Big Five Konzeptes. Diese fünf Persönlichkeitsbereiche werden im NEO-PI-R erfasst. Jeder Bereich subsummiert sechs Fassetten, wodurch eine detaillierte Beschreibung der Persönlichkeit möglich wird. Jede Fassade wird mittels acht verschiedener Items erfasst, das heißt, insgesamt werden 240 Items vorgelegt, vorrangig zur Selbstbeurteilung. Dabei ist zu betonen, dass sich eine hohe Korrelation zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung ergibt (Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann, 2006).

Costa und McCrae zogen Eysencks Persönlichkeits-Inventar und Catells 16 PF zur Validierung ihrer Ergebnisse heran. Eysencks Primärfaktoren Extraversion und Neurotizismus korrelieren hoch in ihren Wesenszügen mit den ebenso benannten Persönlichkeitsbereichen von Costa und McCrae. Eysencks Primärfaktor Neurotizismus stellte sich als eine Zusammensetzung der Bereiche „Verträglichkeit“ und „Gewissenhaftigkeit“ dar. Cattells Skalen zur Erfassung der 16 Wesenszüge stimmen im inhaltlich - theoretischen Konzept mit den Fassetten des NEO-PI-R überein. Eine deutsche Version des NEO-PI-R stammt von Ostendorf und Angleitner (2004) (Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann, 2006).

In der nachfolgenden Untersuchung wird der B5 Version 3 (Arendasy, 2005-2007) eingesetzt, der in Anlehnung an den NEO-PI-R entstanden ist. Aus diesem Grund wird an dieser Stelle ein tabellarischer Überblick über die fünf Persönlichkeitsbereiche „Extraversion“, „Verträglichkeit“, „Gewissenhaftigkeit“, „Neurotizismus“ und „Offenheit für neue Erfahrungen“, die dazugehörigen sechs Fassetten und jeweils ein Beispielitem aus dem NEO-PI-R für die hervorgehobene Fassette geboten. Abschließend werden die Gütekriterien und Einsatzbereiche des NEO-PI-R erläutert.

Deutsche Fassung des NEO-PI-R von Ostendorf und Angleitner, 2004; Darstellung nach Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann, 2006

Persönlichkeitsbereich	Fassetten	Beispielitem
Extraversion	Geselligkeit Erlebnishunger Durchsetzungsfähigkeit Aktivität Positive Emotionen & Frohsinn Herzlichkeit	„Ich habe gerne viele Leute um mich herum“
Verträglichkeit	Vertrauen Freimütigkeit Altruismus Entgegenkommen Bescheidenheit Gutherzigkeit	„Ich glaube, dass man von den meisten Leuten ausgenutzt wird, wenn man es zulässt.“
Gewissenhaftigkeit	Selbstdisziplin Pflichtbewusstsein Kompetenz Ordnungsliebe Besonnenheit Leistungsstreben	„Ich habe Schwierigkeiten, mich dazu zu bringen das zu tun, was ich tun sollte.“
Neurotizismus, emotionale Stabilität	Ängstlichkeit Reizbarkeit Depression Selbstbewusstsein & soziale Befangenheit Impulsivität Verletzlichkeit	„Ich empfinde selten Furcht oder Angst“
Offenheit für neue Erfahrungen	Fantasie Ästhetik Gefühle Ideen Handlungen Werte- und Normsysteme	„Ich versuche, mit meinen Gedanken bei der Realität zu bleiben und vermeide Ausflüge ins Reich der Fantasie“

Der NEO-PI-R kann ab 16 Jahren in verschiedenen Bereichen wie der klinischen Psychologie, sowie etwa in der Arbeits- und Organisationspsychologie vorgelegt werden (Manual NEO-PI-R zitiert nach Baumann, 2002). Die interne Konsistenz der Hauptskalen liegt zwischen $r = .86$ und $r = .92$ und in den Fassetten zwischen $r = .52$ und $r = .85$. Die Retestreliabilität liegt für die Hauptskalen nach einmonatiger Testwiederholung bei $r = .90$ und $r = .92$ und für die einzelnen Fassetten bei $r = .43$ und $r = .91$.

Die konvergente und divergente Validität weist homogene Werte auf. Normen liegen für die T-Werte und Prozentränge für die Hauptskalen und Fassetten für Männer und Frauen ab einem Alter von 16 Jahren vor (Baumann, 2002).

Es besteht eine hohe Kongruenz zwischen der amerikanischen Version, der deutschsprachigen und anderssprachigen Ausgaben des Fragebogens vor, wodurch die „Generalisierbarkeit der Konstrukte gut gesichert“ und auch Kulturübergreifend scheint (Ostendorf und Angleitner, 2004 zitiert nach Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann, 2006).

Als Beantwortung dient zum Beispiel eine fünf-Punkte Bewertungsskala, auf der die Versuchsperson auf einer Dimension von „stimmt“ bis „stimmt nicht“ ihre Einschätzung abgeben kann (Baumann, 2002).

Abschließend bleibt noch zu erwähnen, dass von Norman auch Persönlichkeitstheorien zu den Big Five entworfen wurden, auf

den Grundlagen Normans wiederum von Goldberg und Pearbody. In vielen Studien ließen sich die Big Five im deutschen Sprachraum replizieren (z.B. Ostendorf, 1990, zitiert nach Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann, 2006). Auch im europäischen und nicht-europäischen Raum können auf Grund zahlreicher Studien die Big Five belegt werden (z.B. Summer und Goldberg, 1999, zitiert nach Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann, 2006).

2.2.7 Geschichtlicher Exkurs über die Entwicklung der Persönlichkeitspsychologie

Die Anfänge der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit individuellen Unterschieden sind im Bereich der Biologie angesiedelt. Charles Darwin (1857) formulierte die Theorie, dass sich jeweils die am besten angepassten Lebewesen weiterentwickeln und damit ihr Überleben gegenüber anderen Lebewesen sichern. Diese Theorie beinhaltet die Überlegung individueller Unterschiede aus dem Zusammenspiel von Erbanlagen und Umwelt. Auch Gregor Mendel (1866) bewirkte durch seine Experimente an Pflanzen eine Auflösung des Festhaltens an einer Art „Gottgewollten Entwicklung“ und erklärte individuelle Unterschiede mit Hilfe der zufällig angeordneten Erbanlage. Francis Galton (1869) schlug eine Brücke von der physischen Weitervererbung zu den psychischen Komponenten der Weitervererbung. Besonderes Augenmerk legte er in seiner Forschung auf das Merkmal Intelligenz und mit Hilfe

von eigens konstruierten Testverfahren versuchte er verschiedene Begabungen anhand vieler Testpersonen zu erfassen (Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann, 2006).

Anhand von Reaktionszeitmessungen beim Erkennen von Sternen durch ein Teleskop beschrieb der Astronom Bessel erstmals inter- und intraindividuelle Unterschiede um das Jahr 1816.

Weitergeführt und ausgebaut wurden diese Reaktionszeitmessungen in Wilhelm Wundts erstes psychologisches Labor in Leipzig (1879).

Ein weiterer wichtiger Beitrag zur Erfassung von Intelligenz stammt von James McKeen Cattell (1890) der mit Hilfe sogenannter „Mental Tests“ Studieneignungstests an Studenten durchführte (Cattell, 1890, zitiert nach Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann, 2006). Bis zu diesem Zeitpunkt wurden vor allem Reaktionszeitmessungen hinsichtlich verschiedener Sinne durchgeführt. Alfred Binet und Theophile Simon entwickelten 1905 erstmals ein Instrument zur Erfassung von „Minder- und Normalbegabung“ für das französische Schulsystem, und zwar auf der Grundlage von Gedächtnisleistung, motorischen Fertigkeiten, Vorstellungsfähigkeit, Aufmerksamkeitszeitspanne und mentale Reife. Binet prägte den Begriff des „Intelligenzalters“. Dieser Begriff wurde anschließend von William Stern (1911) durch den „Intelligenzquotienten“ abgelöst (Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann, 2006).

Am Beginn des 20. Jahrhunderts, bis in die 1920er und 1930er Jahre, war die Persönlichkeitspsychologie stark von der

Philosophie beeinflusst und Theorien wurden auf der Grundlage von Beobachtung einzelner Fallbeispiele gebildet, beziehungsweise wurden Aussagen darüber getroffen, welche Eigenschaften eine wichtige Rolle für die Persönlichkeit eines Menschen spielen. In diesem Zeitraum spricht man von „Charakterologie“ (Baumann, 2002).

Anschließend an diese Periode wurde versucht, die Menschen anhand verschiedenere psychischer Merkmale in Gruppen einzuteilen und zudem Zusammenhänge mit dem körperlichen Erscheinungsbild herzustellen. Diese Aussagen werden Typologien genannt (z.B. „klassische Typologie von Ernst Kretschmer zweites Viertel des 20. Jahrhunderts). Die Grundlage für diese Typologien bilden einzelne Fallbeispiele. In Verbindung mit den Typologien wurden den einzelnen Gruppen auch Attribute zugeschrieben, z.B. sei eine bestimmte Gruppe gegenüber einer anderen höher gestellt. Zu Zeiten des Nationalsozialismus wurde zum Teil auch auf diese Einordnungen zurückgegriffen. In der Persönlichkeitspsychologie und in der gesamten Psychologie werden diese Formulierungen und Einteilungen in Typologien nicht mehr verwendet (Baumann, 2002).

Ebenfalls in den 20er und 30er Jahren des 20. Jahrhunderts wurden Persönlichkeitsmodelle aus tiefenpsychologischer Sicht entworfen. Diese Modelle entstanden aus der Beobachtung in der psychoanalytischen Praxis, das heißt, einzelne Fallstudien wurden zur Beschreibung der Persönlichkeit herangezogen. Zur

Anwendung kommen diese Persönlichkeitsmodelle in projektiven Tests, wie z.B. dem „Rorschach- Formdeuteversuch“ (vorwiegend „Rohrschachtest“ genannt) (Rorschach, 1921, zitiert nach Baumann, 2002).

Ab den 1930er Jahren, vor allem nach Ende des 2. Weltkriegs, wurde auch in der Persönlichkeitspsychologie die empirische Forschung Grundlage zur Entwicklung von Modellen und zur Formulierung von Eigenschaftsansätzen, wie beispielsweise die Eigenschaftsansätze von Eysenck. Die sogenannte Eigenschaftsforschung beinhaltet die Beantwortung der Frage, welche Eigenschaften existieren und welche Bedeutung sie haben. Einen besonders hohen Stellenwert nahm die Eigenschaftsforschung von den 1940er bis 1970er Jahren ein. Da diese Konzepte auch heute noch Gültigkeit besitzen, wird im Kapitel „Persönlichkeitsmodelle“ genauer darauf eingegangen. In diesem Zeitraum wurden auch „Selbstkonzepte“ entwickelt, Modelle, die das Augenmerk auf die Entwicklung eines Selbstkonzeptes des Menschen im Lauf des Lebens legen. Ein Beispiel dafür stellt die Selbstkonzepttheorie von Carl Rogers dar, die im Rahmen der Humanistischen Psychologie formuliert wurde (Baumann, 2002).

Seit Mitte der 1980er Jahre erlebt die Persönlichkeitspsychologie erneut einen Aufschwung. Es wurden „kognitive Modelle“ entwickelt, bei denen neben den Konzepten der verschiedenen Eigenschaften auch die Dynamik eine bedeutende Rolle bekommt. Eigenschaften werden auch unter dem

Aspekt des Zusammenspiels einer Person und der Umwelt betrachtet. In diesem Zusammenhang, wie sich die Ausprägung der Eigenschaften entwickelt, wird auch die genetische Komponente miteinbezogen (Baumann, 2002).

Zudem wird in der Persönlichkeitspsychologie seit den 1980er und speziell seit den 1990er Jahren danach gestrebt übergeordnete Eigenschaften zu definieren. Näher beschrieben werden diese Ansätze im Kapitel „Einfluss von Eysenck und Cattell auf die Entwicklung der Big Five Faktoren der Persönlichkeit“ (Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann, 2006, Baumann, 2002).

2.3 Persönlichkeitsstruktur und Essstörungen

Bereits in den 1950er Jahren wurde in experimentellen Untersuchungen von Keys der Zusammenhang zwischen Persönlichkeitseigenschaften und Ernährungsweisen hergestellt. Deutlich wird darin, dass insbesondere gezielte verminderte Nahrungsaufnahme mit zwanghaften Verhaltensweisen bei der betreffenden Person einhergeht (Keys, 1950, zitiert nach Hueg, Resch, Haffner, Poustka, Parzer & Brunner, 2006).

Viele Studien in diesem Bereich belegen, dass sich Personen mit Anorexie oder Bulimie in ihren Persönlichkeitsmerkmalen zu anderen, „gesunden“ Personen, unterscheiden.

Personen, die an Anorexia Nervosa leiden, werden als „überdurchschnittlich perfektionistisch, rigide und

unflexibel“ dargestellt und Menschen, die dem Störungsbild der Bulimie zugeordnet werden, werden die Persönlichkeitsmerkmale „erhöhter Impulsivität und affektive Instabilität“ zugeschrieben. Auch Anorexie Patientinnen vom bulimischen Typus weisen erhöhte Impulsivitäts-Werte im Vergleich zu Patientinnen vom Restriktiven Typus auf. Zudem berichten Anderlueh und Mitarbeiter (Anderlueh, Tchanturia, Rabe-Hesketh & Treasure, 2003, zitiert nach Hueg et al., 2006), das Vorhandensein von zwanghaften Persönlichkeitsmerkmalen in der Kindheit könne Risikofaktor für die spätere Entwicklung einer Essstörung sein (Casper et al. 1992, Ciccolo & Johnson, 2002, Garfinkel et al., 1980, Casper et al., 1980, Cumella et al., 1999, Pryor & Wiedermann, 1996, Vitousek & Manke, 1994, DaCosta & Halmi, 1992; Halmi et al., 1999, zitiert nach Hueg et al., 2006; Klump, Bulik, Pollice, Halmi, Fichter, Berrettini, Devlin, Strober, Kaplan, Woodside, Treasure, Shabbout, Lilienfeld, Plotnicov & Kaye, 2000).

Die Bedeutung der Persönlichkeitsmerkmale wird auch deutlich, wenn der Therapieverlauf und -erfolg bei Personen mit Essstörungen näher betrachtet wird. Menschen, die in diesem Zusammenhang vermehrt die Therapie abbrechen, oder das therapeutische Setting nicht ausschöpfen können, weisen „erhöhte Ängstlichkeit, geringere Werte in Bezug auf Eigenverantwortlichkeit, Toleranz gegenüber anderen und Selbstakzeptanz auf“ (Fassino et al., 2002, zitiert nach Hueg et al., 2006). Diese Eigenschaften, die eine therapeutisch

wirksame Behandlung erschweren, sind jedoch nicht ausschließlich bei Personen mit Essstörungen zu finden. Sie sind etwa auch bei Personen zu finden, die an einer Angststörung leiden oder eine Persönlichkeitsstörung (z.B. zwanghafte Persönlichkeitsstörung, paranoide Persönlichkeitsstörung) oder Suchterkrankung aufweisen.

Die Annahme einer bestimmte Zeit überdauernden, stabilen, schon vor Beginn der Erkrankung bestehenden Persönlichkeitsstruktur sei bei der Entstehung einer Essstörung von Bedeutung, rückt somit in den Mittelpunkt der Betrachtung. So könnte zum Beispiel eine gewisse „Tendenz zu Rigidität, restriktives Essverhalten deutlich erleichtern“ oder eine erhöhte Impulsivität mit zeitweiligem Impulskontrollverlust eine bulimische Ernährungsweise unterstützen (Herpertz, Saß & Herpertz - Dahmann, 2003, zitiert nach Hueg, 2006).

Ein Modell, welches in verschiedenen Studien (z.B. Hueg et al., 2006) im Zusammenhang mit Persönlichkeitsmerkmalen und Essstörungen verwendet wurde, stellt das psychobiologische Modell von Robert C. Cloninger und Mitarbeitern dar (Cloninger et al., 1993; Cloninger, 1999, zitiert nach Hueg et al., 2006). Die Grundlage dieses Modells bilden Temperaments und Charaktermerkmale. Temperamentsmerkmale werden als biologisch festgelegte, zeitlich stabile Persönlichkeitsmerkmale beschrieben. Charaktermerkmale entwickeln sich hingegen erst

aus dem Zusammenspiel von Temperament und Umwelt. Laut Cloninger setzten sich Temperamentsmerkmale aus Neugierverhalten, Schadensvermeidung, Belohnungsabhängigkeit und Beharrungsvermögen zusammen, welche wiederum bei einer bestimmten Konstellation die Wahrscheinlichkeit an einer psychischen Störung zu erkranken stark erhöhen. Charaktermerkmale umfassen die Dimensionen Selbstlenkungsfähigkeit, Kooperativität und Selbsttranszendenz und stellen ein generelles Risiko für die Entwicklung einer psychischen Störung dar (Cloninger, 1999, zitiert nach Hueg et al., 2006).

In der Untersuchung von Hueg und Mitarbeiter (2006) in Heidelberg (Deutschland) wurden jugendliche Personen mit verschiedenen Typen von Essstörungen anhand des Models von Cloninger untersucht. Zu diesem Zweck wurde das „Junior Temperament und Charakter Inventar“ für den Altersbereich zwischen 14 und 18 Jahren nach Goth (2001), welches eine deutschsprachige Version des von Cloninger entwickelten Inventars darstellt (Cloninger, 1994) und das „Eating Disorder Inventory 2“ nach Rathner und Waldherr (1997) verwendet. Der Eating Disorders Inventory umfasst 91 Items, welche jeweils auf die Skalen Schlankheitsstreben, Bulimie, Körperliche Unzufriedenheit, Ineffektivität, Perfektionismus, zwischenmenschliches Misstrauen, Interozeption, Angst vor dem Erwachsenwerden, Askese, Impulsregulation, soziale Unsicherheit zusammengefasst werden können und wird von der

jeweiligen Person anhand von Selbsteinschätzung beantwortet. Mit Hilfe dieses Inventars wurden folgende Gruppen gebildet: Personen mit Anorexia Nervosa des restriktiven Typus (AN-R), Mädchen mit der Diagnose Anorexia des bulimischen Typus (AN-B) und weibliche Patientinnen mit Bulimie (BN). Patientinnen mit AN-R wiesen signifikant niedrigere Werte auf der Dimension Neugierverhalten im Vergleich zu Patientinnen mit BN und ebenfalls im Vergleich zu Normstichprobe auf. Bulimische Patientinnen wiesen auch im Vergleich zu AN-B signifikant höhere Werte auf. Auf der Skala Beharrungsvermögen erreichten AN-R signifikant höhere Werte als bulimische Mädchen und „gesunde“ Probanden. Auf der Skala Selbstlenkungsfähigkeit erreichten bulimische Patientinnen und anorektische Patientinnen vom bulimischen Typus signifikant niedrigere Werte als die Norm. Die Skala Selbsttranszendenz erwies sich bei allen drei Gruppen im Vergleich zur Norm als signifikant weniger ausgeprägt (Hueg et al., 2006).

Diese Ergebnisse decken sich zum Teil mit Studienergebnissen im Bereich des Erwachsenenalters. In einer groß angelegten Studie mit 731 Personen mit verschiedenen Diagnosen einer Essstörung und 507 Teilnehmern ohne Diagnose einer Essstörung oder einer anderen psychischen Erkrankung von Kelly L. Klump und Studienmitarbeiter (2004) im amerikanischen und europäischen Raum wurden ähnliche Ergebnisse gefunden. Die klinische Stichprobe umfasste Personen mit Anorexie, Bulimie oder beiden Erkrankungen, Personen mit einer nicht näher

spezifizierten Essstörung und auch Personen, nach einer positiv verlaufenen Therapie der Essstörung. Die Ergebnisse der Studie bestätigen signifikant höhere Werte bei allen Personen mit einer Essstörung im Bereich Schadensvermeidung und niedrigere Werten in der Skala Selbstlenkungsfähigkeit im Vergleich zu den gesunden Probanden. Anorektische und bulimische Frauen wiesen signifikant höhere Werte im Bereich Kooperativität auf, wobei Personen, die die Diagnose Anorexie und Bulimie trugen, signifikant niedrigere Werte auf dieser Skala im Vergleich zur Kontrollgruppe aufwiesen. Auf der Dimension Neugierverhalten wiesen Bulimikerinnen und Frauen mit der Diagnose Anorexie und Bulimie in ihrer Krankheitsgeschichte signifikant höhere Werte als Frauen der Kontrollgruppe auf. Personen mit EDNOS (eating disorder not otherwise specified) erbrachten, bis auf signifikant höhere Werte in der Skala Neugierverhalten, weniger signifikante Unterschiede in Bezug auf die Kontrollstichprobe. Frauen, die früher an einer der oben beschriebenen Essstörungen erkrankt waren und zum Zeitpunkt der Studie als „geheilt“ galten und Personen mit einer nicht näher spezifizierten Essstörung waren gekennzeichnet durch erhöhte Werte in der Dimension Schadensvermeidung und signifikant niedrigere Werte in Selbstlenkungsfähigkeit und Kooperativität. Ehemalige Bulimikerinnen wiesen, wie auch zum Zeitpunkt der Studie erkrankte Bulimikerinnen, signifikant höhere Werte in Neugierverhalten und Selbsttranszendenz im Gegensatz zur

Kontrollstichprobe auf, wohingegen ehemalige anorektische Patientinnen signifikant höhere Werte als die Kontrollgruppe aufwiesen. Dieses Ergebnis steht im Kontrast dazu, dass anorektische Frauen signifikant niedrigere Werte als die Kontrollstichprobe bezüglich dieser Skala auszeichnen. In der Studie ergaben sich somit in einigen Skalen wie Neugierverhalten und Schadensvermeidung eindeutige Unterschiede in den verschiedenen Gruppen von Essstörungen. Bulimikerinnen erzielten die höchsten Werte in der Dimension Neugierverhalten, Anorektikerinnen die niedrigsten. Im Gegenzug erreichten anorektische Patientinnen die höchsten Werte in der Skala Schadensvermeidung. Ehemalige anorektische und bulimische Patientinnen haben wiederum die niedrigsten Werte in dieser Skala, bezogen auf die anderen Gruppen von Essstörungen. Bulimischen Frauen und solche, die beide Diagnosen Bulimie und Anorexie erhalten hatten, erreichten die niedrigsten Werte in der Dimension Selbstlenkungsfähigkeit. In der Dimension Selbsttranszendenz erreichten anorektischen Frauen die niedrigsten Werten im Vergleich zu allen anderen Gruppen mit der Diagnose Essstörung (Klump, Strober, Bulik, Thornton, Johnson, Devlin, Fichter, Halmi, Kaplan, Woodside, Crow, Mitchell, Rotondo, Keel, Berrettini, Plotnicov, Pollice, Lilienfeld & Kaye, 2004).

Studien von Leon et al. (1993) und Waller et al. (1991) ergaben, dass erhöhte Werte in der Dimension Schadensvermeidung ein starker Prädiktor für die Entwicklung

gestörten Essverhalten ist. Diese Annahme wird auch durch Zwillingsstudien von Klump et al. (2002) und Wade et al. (2000) unterstützt (Leon et al., 1993, Waller et al., 1991, Wade et al., 2000, Klump et al., 2002, zitiert nach Klump et al., 2004).

Katherine A. Halmi und Mitarbeiter (2000) untersuchten konkret die Ausprägung der Dimension „Perfektionismus“ bei anorektischen Patientinnen und anderen Subformen von gestörtem Essverhalten. Als Ausgangspunkt diente die Definition von Robert Browning, die Perfektionismus wie folgt beschreibt: „the belief that a perfect state exists that one should try to attain“. Die Versuchsgruppe (322 Personen) in dieser Studie wurde nach einem Interview in dem bestimmt wurde, ob eine nach DSM-4 Kriterien entsprechende Essstörung vorliegt, in folgende Gruppen eingeteilt: Restrictiver Typus, Purging Typus und Binge und Purging Typus, zudem wurden diese befragt, ob das Krankheitsbild der Anorexie auch bei Verwandten zu beobachten ist. (75 Personen berichten darüber, dass in ihrem Verwandtenkreis keine Personen mit Anorexie zu finden sind). Vorgelegt wurde die „Multidimensional Perfectionism Scale“ (sich beschäftigen/beunruhigt sein hinsichtlich Fehlern, persönliche Standards, elterliche Erwartungen, elterliche Kritik, Zweifel in Bezug auf Handlungen und Organisation), die von allen Personen in einem Selbstbeurteilungsprozess beantwortet wurde. Zusätzlich wurde von 262 Personen der EDI-2 beantwortet. Eventuelle Zwanghafte Verhaltens- und

Denkweisen wurden mit der „Yale Brown obsessive Compulsive Scale“ erfasst. Um genaue Details über Ernährung, Aktivitäten, Umgang mit Nahrungsmitteln und Gewicht zu erhalten, wurde das semistrukturierte Interview „Yale Brown-Cornell Eating Disorder Scale“ durchgeführt. Die Kontrollgruppe weist in allen Skalen der „Multidimensional Perfectionism Scale“ signifikant niedrigere Werte als die Personen in der Gruppe der Anorexie Patientinnen auf, mit einer Ausnahme in der Skala für Organisation, in der sich diese nur von der Gruppe des Purging Typus unterscheiden. Frauen, die den restriktiven Kriterien einer Anorexia Nervosa entsprachen, wiesen in der Skala „elterliche Kritik“ signifikant niedrigere Werte als Personen des Purging Typus auf. Es ließen sich keine signifikanten Unterschiede in den Skalen des EDI-2 zwischen den verschiedenen Gruppen von Essstörungen feststellen. Die Ergebnisse der „Multidimensional Perfectionism Scale“ wurden auch hier bestätigt, die Gruppe der Anorexiepatientinnen wies signifikant höhere Werte im Gesamtscore als die Frauen der Kontrollgruppe auf. Zudem zeigte sich, dass bei Patientinnen mit sehr stark ausgeprägter Anorexie die Werte für Perfektionismus nochmals höher sind, als in anderen Stadien der Anorexie. Genauer betrachtet weisen somit Anorexie Patientinnen mit sehr hohen Werten in den Perfektionismusskalen geringeres Körpergewicht, erhöhte Beschäftigung mit Ernährung und Ritualen hinsichtlich Nahrungsaufnahme und niedrigeren Antrieb diese

Verhaltensweisen zu verändern auf. Insgesamt betrachtet unterstreicht diese Studie, dass Perfektionismus ein überdauernder, robuster Charakterzug in Bezug auf das Krankheitsbild der Anorexie zu sein scheint (Halmi, Sunday, Strober, Kaplan, Woodside, Fichter, Treasure, Berettini & Kaye, 2000).

Diskutiert werden in der Literatur auch inwieweit die Persönlichkeitsmerkmale der Eltern von essgestörten Personen die Erkrankung beeinflussen, beziehungsweise hervorrufen. Wie bereits im Kapitel „genetische Ursachen von Essstörungen“ beschrieben, wird das vermehrte Auftreten von gestörtem Essverhalten in nahen Verwandtschaftsbeziehungen durch Studien belegt. Die Studie von Lilienfeld et al. (2000) wandte sich den Persönlichkeitsmerkmalen naher Verwandter von essgestörten Personen zu und fand erhöhte Werte im Persönlichkeitszug Perfektionismus bei Verwandten ersten Grades von Bulimikerinnen (Lilienfeld et al., 2000, zitiert nach Woodside, Bulik, Halmi, Fichter, Kaplan, Berettini, Strober, Treasure, Lilienfeld, Klump & Kaye, 2001). Die Untersuchung von D. Blake Woodside und Mitarbeiter (2001) untersuchte die Eltern (78 Väter und 107 Mütter) von essgestörten Probandinnen mit Hilfe verschiedener Persönlichkeitsfragebögen, wobei keiner der Eltern zu diesem Zeitpunkt selbst eine Essstörung aufwies. Als Kontrollgruppe wurden zum einen eine sich im Testmanual befindliche Normstichprobe und zum anderen eine Kontrollgruppe einer früheren Untersuchung verwendet, die in Bezug auf die

Eltern in Geschlecht und Alter parallelisiert. Eingesetzt wurde, wie bereits oben beschrieben, der TCI (Version 9), der EDI-2 und die „Multidimensionale Perfektionism Scale“ (MPS, Frost, Marten, Lahart & Rosenblate, 1990). Die 35 Items der Multidimensionalen Perfectionism Scale erfassen mittels Selbstbeurteilung die allgemeine Ausprägung von Perfektionismus und die spezifischen Skalen „Concern over mistakes“ (Besorgtheit hinsichtlich Fehler), „High personal standards“ (hohe persönliche Normen), „High perceived parental expectations“ (hohe wahrgenommene elterliche Erwartungen), „High perceived parental criticism“ (hohe wahrgenommene elterliche Kritik), „Doubt about quality of performance“ (Zweifel hinsichtlich der Qualität der Handlungsweise) und „Organisation, order and precision“ (Organisation, Abfolge und Genauigkeit). Im Gesamtscore des MPS und EDI zeigen die Mütter anorektischer Patientinnen signifikant erhöhte Werte in Bezug auf die Normstichprobe. Die Väter anorektischer Patientinnen unterscheiden sich signifikant im Gesamtscore des TCI. Genauer betrachtet weisen die Mütter von Anorektikerinnen signifikant höhere Werte in den Skalen des MPI „Concern over Mistakes“ und „Parental Criticism“ auf und auch signifikant höhere Werte in der Skala des EDI „Drive for Thinness“, „Ineffectiveness“ und „Interceptive Awareness“. Die Väter dieser Versuchsgruppe zeichnen sich durch signifikant höhere Werte in der Skala „Self Directedness“ des TCI aus (Woodside et al., 2001).

Auch diese Studie bestätigt, dass Perfektionismus eine bedeutende Rolle im Krankheitsbild der Anorexie spielt. Dieser Charakterzug bleibt, wie aus verschiedenen Studien ersichtlich wird, auch nach erfolgreicher Behandlung der Erkrankung bestehen (Bastiani, Rao, Weltzin & Kaye 1995, Srinivasagam et al., 1995, zitiert nach Woodside et al., 2001). Zudem zeigen retrospektive Studien (z.B. Bruch, 1978, zitiert nach Woodside et al., 2001), dass dieses Charaktermerkmal schon vor Beginn der Erkrankung stark ausgeprägt war. Es werden drei mögliche Erklärungen für die erhöhten Perfektionismuskwerte vorgestellt. Einerseits, dass die Kinder dieses Persönlichkeitsmerkmal von den Eltern aufgrund von Lernerfahrungen und Erziehung übernehmen, andererseits dass sich Kind und Eltern wechselseitig beeinflussen und die Eltern durch den zunehmenden Perfektionismus der Kinder ebenfalls perfektionistischer werden. Und letztlich wird festgehalten, dass Perfektionismus ein genetisch bedingter Charakterzug sei (Siehe auch Kapitel „Genetische Ursachen von Essstörungen“). Jedoch kann auch in dieser Studie nicht endgültig geklärt werden, was genau weitervererbt wird, ob also Anorexie selbst genetisch bedingt oder es einzelne Charaktermerkmale, wie Perfektionismus, sind, die die Wahrscheinlichkeit für die Erkrankung an Anorexie erhöhen (Woodside et al., 2001).

2.4 Fragestellungen und Hypothesen

Aus der theoretischen Darstellung werden nun nachfolgende Fragestellungen und differenzierte Hypothesen abgeleitet, die anschließend anhand der in einer Untersuchung beobachteten Daten mittels statistischer Methoden geprüft werden. Für die nachfolgende Beantwortung der Hypothese ist zu beachten, dass jede aufgestellte Hypothese einer Nullhypothese gegenübersteht, die den dargestellten Unterschied bezogen auf den jeweiligen Aspekt verneint.

Unterscheiden sich Personen, die problematisches Essverhalten aufweisen, in den Persönlichkeitsfacetten und Persönlichkeitsbereichen von Personen, die kein problematisches Essverhalten aufweisen?

Hypothese 1: Personen, die problematisches Essverhalten aufweisen, unterscheiden sich in der Persönlichkeitsfacette Impulsivität von Personen, die kein problematisches Essverhalten aufweisen.

Hypothese 2: Personen, die problematisches Essverhalten aufweisen, unterscheiden sich in der Persönlichkeitsfacette Pflichtbewusstsein von Personen, die kein problematisches Essverhalten aufweisen.

Hypothese 3: Personen, die problematisches Essverhalten aufweisen, unterscheiden sich in der Persönlichkeitsfasette Leistungsstreben von Personen, die kein problematisches Essverhalten aufweisen.

Hypothese 4: Personen, die problematisches Essverhalten aufweisen, unterscheiden sich in der Persönlichkeitsfasette Selbstdisziplin von Personen, die kein problematisches Essverhalten aufweisen.

Hypothese 5: Personen, die problematisches Essverhalten aufweisen, unterscheiden sich in der Persönlichkeitsfasette Ordnungsliebe von Personen, die kein problematisches Essverhalten aufweisen.

Hypothese 6: Personen, die problematisches Essverhalten aufweisen, unterscheiden sich in der Persönlichkeitsfasette Kompetenz von Personen, die kein problematisches Essverhalten aufweisen.

Hypothese 7: Personen, die problematisches Essverhalten aufweisen, unterscheiden sich im Persönlichkeitsbereich Gewissenhaftigkeit von Personen, die kein problematisches Essverhalten aufweisen.

Hypothese 8: Personen, die problematisches Essverhalten aufweisen, unterscheiden sich in der Persönlichkeitsfasette Offenheit für Erfahrungen von Personen, die kein problematisches Essverhalten aufweisen.

Hypothese 9: Personen, die problematisches Essverhalten aufweisen, unterscheiden sich in der Persönlichkeitsfasette Offenheit für Handlungen von Personen, die kein problematisches Essverhalten aufweisen.

Hypothese 10: Personen, die problematisches Essverhalten aufweisen, unterscheiden sich in der Persönlichkeitsfasette Erlebnishunger von Personen, die kein problematisches Essverhalten aufweisen.

Hat das Geschlecht einen signifikanten Einfluss auf die Persönlichkeitsfassetten und Persönlichkeitsbereiche?

Hypothese 1: Männer unterscheiden sich von Frauen in den Werten der großen fünf Persönlichkeitsbereichen.

Unterscheiden sich Personen mit problematischem Essverhalten in der Skala „Schlankheitsstreben“, „Körperunzufriedenheit“ und „Bulimie“ von Personen ohne problematisches Essverhalten?

Hypothese 1: Personen mit problematischem Essverhalten weisen höhere Werte in der Skala „Schlankheitsstreben“ auf, als Personen ohne problematisches Essverhalten.

Hypothese 2: Personen mit problematischem Essverhalten erhalten höhere Werte in der Skala „Körperunzufriedenheit“ im Vergleich zu Personen ohne problematisches Essverhalten.

Hypothese 3: Personen mit problematischem Essverhalten weisen höhere Werte in der Skala „Bulimie“ auf, als Personen ohne problematisches Essverhalten.

Unterscheiden sich Männer und Frauen in der Gruppe „kein problematisches Essverhalten“ in den Skalen „Schlankheitsstreben“, „Körperunzufriedenheit“ und „Bulimie“?

Hypothese 1: Frauen weisen höhere Werte in der Skala „Schlankheitsstreben“ auf, als Männer.

Hypothese 2: Frauen erhalten höhere Werte in der Skala „Körperunzufriedenheit“ im Vergleich zu Männern.

Hypothese 3: Frauen weisen höhere Werte in der Skala „Bulimie“ auf, als Männer.

3. Methode

3.1 Operationalisierung

Um die angeführten Fragestellungen und dazugehörigen Hypothesen zu messen, werden, wie im nachfolgenden Kapitel Stichprobe 3.2. beschrieben, zwei Gruppen hinsichtlich der unabhängigen Variable, ob problematisches Essverhalten bei einer Person vorliegt oder nicht, gebildet.

Die unabhängigen Variablen, wie Alter und Bildungsstand, werden in beiden Gruppen ausbalanciert. Die Variable Geschlecht wird als konfundierende Variable in die Auswertung miteinbezogen.

Die abhängige Variable Persönlichkeitsmerkmale wird mit Hilfe des Persönlichkeitsfragebogens B5 erfasst. Zudem wird der Ausprägungsgrad des problematischen Essverhaltens mit Hilfe der Kurzfassung des EDI-2 gemessen.

3.2 Stichprobe

Zur Beantwortung der Fragestellung wurden zwei Gruppen gebildet. Insgesamt umfasst die Stichprobe beider Gruppen 72 Personen.

3.2.1 Gruppe 1

Die erste Gruppe wurde mittels persönlicher Kontaktaufnahme und über anschließende Zusendung der beiden Fragebögen per E-Mail rekrutiert. Diese Gruppe stellt somit die „Kontrollgruppe“ dar, weil keine der Personen bei der ersten

Kontaktaufnahme zum Zeitpunkt der Erhebung über den Besuch einer Beratungsstelle oder Therapie wegen Problemen bei Ernährungsgewohnheiten und -verhalten berichtete.

Die Rücklaufquote der beantworteten Fragebögen beläuft sich in dieser Gruppe auf 49.48% (von insgesamt 97 versendete E-Mails). Die erste Gruppe umfasst somit 48 Personen, davon 26 weibliche und 22 männliche Personen.

Gründe für die Drop out Rate sind zum einen Ablehnung der Beantwortung der Fragebögen, unvollständiges Ausfüllen der Fragebögen, der Abbruch der Beantwortung vor dem Ende der Computerbefragung oder die Nichtbeantwortung einer der beiden erforderlichen Fragebögen.

Das Alter der Personen liegt zwischen 20 und 62, wobei das Durchschnittliche Alter bei 30.062 Jahren liegt.

6.3% (n= 3) der Personen geben als höchste Abgeschlossene Schulbildung Hauptschule bzw. AHS Unterstufe an, 20.8% (n= 10) der Personen haben als höchste abgeschlossene Schulbildung eine Fachschule bzw. Lehre vorzuweisen, 4.2% (n=2) besuchten eine Fachschule oder Akademie, 56.3% (n=27) haben einen Matura (AHS oder BHS) und 12.5% (n=6) einen universitären Abschluss.

3.2.2 Gruppe 2

Die Gruppe 2 stellt Personen dar, die bei der Beratungsstelle „Intakt, Therapiezentrum für Menschen mit Essstörungen“ (Grundlgasse 5/8, 1090 Wien), „F.E.M.

Frauengesundheitszentrum" (Bastiengasse 36-38, 1180 Wien) Rat bzw. Hilfe suchten in Bezug auf problematisches Essverhalten, sowie der Selbsthilfegruppe „Setpoint“, die von einer ausgebildeten klinischen Psychologin geleitet wird und zum Austausch der Erfahrungen, der Unterstützung von Mädchen und Frauen mit problematischem Essverhalten dient. Diese Personengruppe wurde mittels Aushang, wie in Anhang B.3 Aushang dargestellt und persönlicher Kontaktaufnahme durch die betreuenden Therapeutinnen und anschließender persönlicher Kontaktaufnahme mittels Versendung der Instruktion und Fragebögen bewerkstelligt. In dieser Gruppe beläuft sich die Rücklaufgruppe auf 50% (von insgesamt 48 versendeten E-Mails). Die zweite Gruppe besteht somit aus insgesamt 24 weiblichen Personen, wobei das Alter der Personen zwischen 21 Jahren und 39 Jahren liegt und das durchschnittliche Alter 26.375 Jahre beträgt.

Zudem wurde Kontakt mit einer speziell für Männer eingerichteten Selbsthilfegruppe der Organisation „SoWhat“ aufgebaut, die ein breites Angebot für Menschen mit Essstörungen in Wien anbietet, sowie mit der Klinik „Baumgartner Höhe“, die eine Abteilung für Personen mit Essstörungen eingerichtet hat. Es konnten auch in diesen Einrichtungen keine männlichen Personen für die Untersuchung gewonnen werden.

In dieser Personengruppe haben 8.3% (n= 2) einen Hauptschulabschluss bzw. AHS Unterstufenausbildung, ebenfalls

8.3% (n= 2) besuchten eine Fachschule bzw. Lehre, 4.2% (n=1) absolvierten eine Fachschule oder Akademie, 45.8% (n= 11) haben die Matura (AHS oder BHS) und 33.3% (n=8) eine Universität abgeschlossen.

3.3 Untersuchungsmaterial

3.3.1 Persönlichkeitsfragebogen B5 Version 3

Der verwendete Persönlichkeitsfragebogen stellt die 3. Version des B5 dar. Der Fragebogen wurde bereits in der ersten Version von Prof. Dr. Martin Arendasy (2005-2007) an der Universität Wien entwickelt und befindet sich in der Testphase. Der Fragebogen wird ständig weiterentwickelt und an verschiedenen Stichproben auf Gütekriterien und Gültigkeit des Konzepts getestet. Es handelt sich hierbei um ein Verfahren, dass mittels Computer durchgeführt wird. Der B5 in der Version 3 basiert auf dem Konzept der Big Five Faktoren in Anlehnung an den NEO-PI-R von Costa und McCrae, wie bereits im Kapitel 2.2.6.3 „Einfluss von Eysenck und Cattell auf die Entwicklung der Big Five Faktoren der Persönlichkeit“ beschrieben.

Der Fragebogen gliedert sich in 300 Items, die jeweils mit „untypisch für mich“, „eher untypisch für mich“, „eher typisch für mich“ und „typisch für mich“ beantwortet werden können.

Jedes einzelne Item besteht aus einem Adjektiv oder einer kurzen Beschreibung, wie „sich sicher fühlen“, „gelassen“, „unbekümmert“, „kaum schüchtern“, „selbstbeherrscht“, „dickhäutig“ oder „aus sich herausgehend“. Die 300 Items

lassen sich in 30 Fassetten der Persönlichkeit zusammenfassen, woraus sich wiederum 5 große übergeordnete Bereiche der Persönlichkeit ergeben.

Das Verfahren wird über einen Link zur Testpsychologischen Seite der Universität Wien gestartet, nach Eingabe des Passwortes. Vor Beginn des Fragebogens sind die Felder „Probandencode“ und „Alter“ von der teilnehmenden Person selbst auszufüllen, die Felder „Geschlecht“ („männlich“ oder „weiblich“), „höchste abgeschlossene Schulbildung“ („Hauptschule AHS Unterstufe“, „BMS Fachschule, Lehre“, „AHS, BHS Matura“ „Fachschule, Akademie“ und „Universität“) sind anhand von vorgegebenen, standardisierten Antworten von der jeweiligen Person auszuwählen. Mit einem einfachen Klick auf den Button „Weiter“ beginnt die Befragung. Der Fragebogen wird mit dem Button „Test beenden“ am Ende der 300 Items beendet und abgespeichert.

3.3.2 Kurzfassung Eating Disorder Inventory-2

Die erste Fassung des Eating Disorder Inventory in der Langform von Garner, Olmsted und Polivy (1983) wurde 1991 überarbeitet und in der heutigen Ausführung als EDI-2 publiziert (Garner, 1983, zitiert nach Tuschen-Caffier, Pook & Hilbert, 2005). Der EDI-2 ist ein englischsprachiges Instrument zur Selbsteinschätzung und umfasst im Original 91 Items, die zu 11 Skalen zusammengefasst werden können. Diese Version enthält zudem auch eine große Bandbreite an zusätzlichen Skalen, um

verschiedene Persönlichkeitsmerkmale, wie „Perfektionismus“, „Angst vor dem Erwachsenwerden“ und „Soziale Unsicherheit“ zu erfassen. In der Kurzversion des EDI-2 fließen ausschließlich die Kernmerkmale einer Essstörung ein. Der Fragebogen gliedert sich in 23 Items, die sich drei verschiedenen Skalen, „Schlankheitsstreben“, „Bulimie“ und „Körperunzufriedenheit“, zuordnen lassen. Die Skala „Schlankheitsstreben“ beinhaltet Merkmale, wie gedankliche Beschäftigung mit Nahrungsaufnahme, Diäten, „Fixierung auf ein schlankes Erscheinungsbild und die Sorge um Gewichtszunahme“. Die Skala „Bulimie“ umfasst Aspekte, wie „Essanfälle, Erbrechen und heimliche Nahrungsaufnahme“. In die Skala „Schlankheitsstreben“ fließen allgemeine Aspekte zur Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper, sowie die Unzufriedenheit mit einzelnen Körperpartien, wie Bauch, Oberschenkel ein (Tuschen-Caffier, Pook & Hilbert, 2005).

In der vorliegenden Untersuchung wird die ins deutsche übersetzte Kurzversion vorgelegt (Rathner, Waldherr, 1997, zitiert nach Tuschen-Caffier, Pook & Hilbert, 2005).

Die einzelnen Items sind in Form von Aussagen die eigene Person betreffend formuliert und beginnen alle in der „Ich-Form“. Zur Beantwortung stehen die Häufigkeitskategorien „nie“, „selten“, „manchmal“, „oft“, „normalerweise“ und „immer“ zur Verfügung (siehe Anhang B.2). Das Gütekriterium, „interne Konsistenz“ der drei Skalen ist bei klinischen Stichproben gut bis sehr gut. Das heißt, dass wenn der gesamte

Test in mehrere Teile geteilt wird und anschließend jeder Teil für sich als Fragebogen durchgeführt wird, die Korrelation zwischen den Ergebnissen der einzelnen Teile hoch sein soll. Die diskriminative Validität der drei Skalen ist aufgrund von Mittelwertsunterschieden zwischen klinischen und nichtklinischen Gruppen gegeben. Die faktorielle Validität der drei Skalen ist nicht hinreichend gegeben. Als Grund dafür kann gesehen werden, dass die Skala „Schlankheitsstreben“ auch Aspekte der Skala „Körperunzufriedenheit“ beinhaltet, beziehungsweise sich diese überlappen.

Die deutsche Kurzversion des EDI-2 kann bei klinischen und nicht-klinischen Personengruppen wie auch bei Männern und Frauen verwendet werden. Es liegen Vergleichswerte für männliche und weibliche Personen im Alter zwischen 10 und 20 Jahren und für studentische Population vor, sowie Angaben zu den Prozenträngen dieser Personengruppen.

In der folgenden Untersuchung werden die Summenscores der einzelnen Skalen zum Vergleich und Beschreibung der beiden Gruppen verwendet. Hohe Werte weisen auf eine hohe Ausprägung in der jeweiligen Skala hin (Tuschen-Caffier, Pook & Hilbert, 2005).

3.4 Untersuchungsablauf

Nach erster Kontaktaufnahme via E-Mail oder persönlichem Gespräch, indem abgeklärt wurde, ob die jeweilige Person bereit ist an der Untersuchung Teil zu nehmen, wurde die

Instruktion und kurze Erläuterung zur Umfrage selbst und Erklärung zur Durchführung der beiden Testverfahren (siehe Anhang B.1) in standardisierter Form für beide Gruppen, somit identisch an die Teilnehmer verschickt.

Die E-Mail beinhaltet ebenfalls den Link der zum B5 führt und die Zugangsdaten, welche sich aus Passwort(für alle Teilnehmer gleich) und jeweils einem zugewiesener Probandencode, der je nach Gruppe entweder mit den Buchstaben „ks“ (Gruppe 1) oder den Buchstaben „be“ (Gruppe 2) begann und an diese die jeweilige fortlaufende Zahl (be1 bis be48 und ks1 bis ks98) angehängt wurde, zusammensetzten. Den Probanden wurde mitgeteilt, dass dieser individuell unterschiedliche Probandencode auf beiden Fragebögen eingesetzt werden soll, ihre Anonymität dabei gewahrt wird und das Einsetzen des Probandencodes die anschließende Bearbeitung der Daten hinsichtlich Ergebnisse gewährleistet.

Die befragte Person wurde in der Instruktion darauf hingewiesen mit der Computerbefragung zu beginnen und anschließend den Anhang der E-Mail zu öffnen, somit die Kurzversion des EDI-2, und sodann die Fragen zu beantworten. Vor Beginn der Beantwortung des EDI-2 wurden die teilnehmenden Personen aus beiden Gruppen gebeten, Gewicht und Körpergröße einzutragen um anhand dieser Information den Bodymaßindex (BMI) zu berechnen.

Nach vollständiger Beantwortung wurde das Dokument am Computer abgespeichert und an den Testleiter per E-mail zurückgesendet.

3.5 Statistische Auswertung

Zunächst werden in der statistischen Auswertung der Ergebnisse die Voraussetzungen zur Durchführung der Analyse mittels T-Test zum Vergleich zweier Mittelwerte bei unabhängigen Stichproben überprüft.

Voraussetzungen für die Analyse der Daten durch den T-Test

- sind:
- Die zu vergleichenden Daten müssen unabhängig voneinander sein.
 - Die Daten der beiden Stichproben müssen Normalverteilt sein.
 - Die erhobenen Daten müssen mindestens Intervallskalenniveau besitzen.
 - Die Varianzen der beiden Stichproben müssen homogen sein.

Die Normalverteilung in beiden Gruppen über alle beobachteten Daten wird anhand des „Kolmogorov-Smirnov-Goodness of Fit Test“ geprüft.

Dabei wird die Nullhypothese, die beobachteten Daten unterscheiden sich nicht von einer Normalverteilung und die Alternativhypothese, die beobachteten Daten unterscheiden sich von einer Normalverteilung, analysiert. Weist der Kolmogorov-Smirnov Z-Koeffizient für die beobachteten Daten ein nicht signifikantes Ergebnis auf, das heißt, das Signifikanzniveau der Daten hinsichtlich der beiden Gruppen liegt über dem 5% Niveau, wird die Nullhypothese beibehalten die beobachteten Daten unterscheiden sich nicht von einer Normalverteilung.

Ist der Kolmogorov-Smirnov-Z-Koeffizient signifikant, wird die Nullhypothese verworfen und die Alternativhypothese angenommen, die beobachteten Daten sind nicht normalverteilt. In weiterer Konsequenz kann der T-Test nicht angewendet werden.

Die Homogenität der Varianzen der beiden Gruppen wird mittels Levene's Test geprüft. Es wird die Nullhypothese, die Varianzen unterscheiden sich in den beiden Gruppen in ihrer Homogenität nicht signifikant voneinander und die Hypothese eins, die Homogenität der Varianzen in den beiden Gruppen unterscheidet sich signifikant, überprüft. Bleibt der Kennwert F des Levene's Test nicht signifikant, der Wert liegt somit oberhalb des Signifikanzniveaus von 5% Niveau, wird die Nullhypothese beibehalten und die beiden Gruppen unterscheiden sich in der Homogenität ihrer Varianzen nicht.

Wenn in weiterer Folge bei der Darstellung der Ergebnisse direkt auf die Werte des T-Tests Bezug genommen wird, impliziert dieses Vorgehen vorangegangene nicht signifikante Ergebnisse sowohl im „Kolmogorov-Smirnov Goodness of Fit Test“, als auch im Levene's Test.

Können die Voraussetzungen der Normalverteilung der beiden Stichproben, oder das Skalenniveau der Daten entspricht nicht einer Intervallskala, nicht erfüllt werden, wird der U-Test von Mann & Whitney angewendet. Die Voraussetzungen für den U-Test von Mann & Whitney sind:

- die Unabhängigkeit der beiden Stichproben voneinander.

- Die Daten müssen mindestens Ordinalskalenniveau aufweisen.
- Die beobachteten Daten müssen nicht normalverteilt sein.

Der U-Test von Mann & Whitney dient, wie auch der T-Test, ebenfalls zum Vergleich von Daten zweier unabhängiger Stichproben mittels Zuordnung der beobachteten Werte ihrer Größe nach entsprechend einer Rangfolge.

Der Einfluss von Geschlecht, Alter und Bildungsstand wird mit Hilfe einer Varianzanalyse überprüft.

Die statistische Auswertung wurde mit dem Statistikprogramm SPSS for Windows Version 11.0 (SPSS, 2001) durchgeführt.

4. Ergebnisse

4.1 Unterschiede in den Persönlichkeitsfassetten und Persönlichkeitsbereichen

Der Vergleich der Mittelwerte in den verschiedenen Persönlichkeitsfassetten und Persönlichkeitsbereichen zwischen der Gruppe 1 und der Gruppe 2 wird, nach Prüfung der Voraussetzungen, wie im Kapitel „statistische Auswertung“ beschrieben, mittels T-Test durchgeführt. Als signifikant wird ein Ergebnis dann bezeichnet, wenn der errechnete Wert für die Irrtumswahrscheinlichkeit unterhalb des Signifikanzniveaus von 5% liegt.

Die Gruppe 1 (Mittelwert= 24.33) unterscheidet sich signifikant in ihren Mittelwerten von den Mittelwerten der Gruppe zwei (Mittelwert= 28.21) in den Fassetten „Ängstlichkeit“ ($t(70) = 2.724, p < .01$). In der Persönlichkeitsfassette „Depression“ unterscheidet sich die Gruppe 1 ($M = 21.50$) signifikant von der Gruppe 2 ($M = 24.92$), $t(70) = 2.354, p < .05$). In der Fassette „Impulsivität“ weist die Gruppe 2 ($M = 25.25$) signifikant höhere Werte auf als die Gruppe 1 ($M = 21.75$), $t(70) = 3.981, p < .05$. In der Fassette „Verletzlichkeit“ unterscheidet sich die Gruppe 1 ($M = 23.1667$) ebenfalls signifikant von der Gruppe 2 ($M = 25.708$), $t(70) = 1.991, p < .05$. Hieraus ergibt sich ein signifikanter Unterschied der Gruppe 1 ($M = 136.646$) im Persönlichkeitsbereich „Neurotizismus“ oder „emotionale Stabilität“ zur Gruppe 2 ($M = 154.25$), $t(70) = 2.6177, p < .05$. In weiterer Folge werden mittels T-Test Mittelwertsunterschiede zwischen den Frauen der Gruppe 1 und den Frauen der Gruppe 2 analysiert und ebenfalls zwischen den Frauen und Männern der Gruppe 1, um den möglichen Einfluss der Variable Geschlecht zu erfassen.

Im Mittelwertsvergleich zwischen Männern und Frauen der Gruppe 1 ergeben sich ein signifikanter Mittelwertsunterschied in der Fassetten „Ängstlichkeit“, wobei Frauen signifikant höhere Werte ($M = 26.769$) gegenüber Männern ($M = 21.455$), $t(46) = 3.3999, p < .05$ aufweisen. In der Persönlichkeitsfassette „Reizbarkeit“ erreichen Frauen einen signifikant höheren Wert

(M= 25.308) als Männer (M= 20.818), $t(46)=3.186$, $p< .05$. Frauen unterscheiden sich signifikant in den Werten der Fassette „Depression“ (M= 23.077) von Männern (M= 19.636), $t(46)=2.146$, $p< .05$. Die Werte in der Fassette „Impulsivität“ liegen bei Frauen signifikant höher (M= 22.615) als bei Männern (M= 20.727), $t(46)=2.151$, $p< .05$. In der Fassette „Verletzlichkeit“ weisen Frauen ebenso (M= 25.577) gegenüber Männern (M= 20.319) signifikant höhere Werte auf ($t(46)=4.001$, $p< .05$). Im Persönlichkeitsbereich „Neurotizismus“ ergibt sich nachfolgend ein signifikanter Unterschied zwischen Frauen (M= 146.346) und Männern (M= 125.182), $t(46)=2.843$, $p< .05$. Zudem besteht ein signifikanter Mittelwertsunterschied in der Fassette „Herzlichkeit“ zwischen Frauen (M= 32.7308) und Männern (M= 29.727), $t(46)=2.459$, $p< .05$. Frauen (M= 30.039) erlangen signifikant höhere Werte in der Fassette „Offenheit für Ästhetik“ gegenüber den Männern der Gruppe 1 (M= 26.818), $t(46)=2.047$, $p< .05$. sowie in der Fassette „Offenheit für Gefühle“ wo sich Frauen (M= 34.308) von Männern (M= 30.591), $t(46)=2.359$, $p< .05$ signifikant unterscheiden.

In einem weiteren Schritt werden die Mittelwerte zwischen den Frauen der Gruppe 1 und den Frauen der Gruppe 2 verglichen.

Im Vergleich der Mittelwerte mittels T-Test ergeben sich signifikante Unterschiede in den Fassetten „Impulsivität“, wobei die Frauen der Gruppe 1 (M= 22.615) signifikant niedrigere Werte gegenüber den Frauen der Gruppe 2 (M=

25.250), $t(48)=2.609$, $p< .05$) und in der Fassade „Herzlichkeit“ für die Frauen der Gruppe 1 ($M= 32.731$) und Frauen der Gruppe 2 ($M=30.292$), $t(48)=-2.075$, $p< .05$) aufweisen.

Die vorangegangenen T-Test Analysen lassen vermuten, dass die Unterschiede in den Persönlichkeitsfacetten „Ängstlichkeit“, „Depression“, „Verletzlichkeit“ und im Persönlichkeitsbereich „Neurotizismus“ zwischen den beiden Gruppen auf Geschlechtsunterschiede zurück zu führen sind. Aus diesem Grund wurde eine univariate Varianzanalyse berechnet, wobei die Variablen Geschlecht, Alter, Bildung und auch unterschiedliche Gruppenzugehörigkeit als Kovariate miteinbezogen wurden. Es ergibt sich ein signifikanter Einfluss des Geschlechts auf die Facetten der Persönlichkeit, am Beispiel „Ängstlichkeit“ dargestellt ($F(1)=10.217$, $p< .05$), wohingegen die Variablen Alter und Bildung keinen signifikanten Einfluss haben.

Diese Ergebnisse führen zur Beantwortung der formulierten Hypothesen. Für die Persönlichkeitsfacette Impulsivität wird die Alternativhypothese angenommen, es besteht ein Unterschied zwischen Personen mit und ohne problematisches Essverhalten. Im Rahmen dieser Untersuchung bezieht sich der Unterschied auf weibliche Personen. Für die Facetten „Pflichtbewusstsein“, „Leistungsstreben“, „Selbstdisziplin“, „Ordnungsliebe“, „Kompetenz“, „Offenheit für Erfahrungen“, „Offenheit für Handlungen“, „Erlebnishunger“ und den übergeordneten

Persönlichkeitsbereich „Gewissenhaftigkeit“ wird die Nullhypothese beibehalten, es besteht kein Unterschied zwischen der Gruppe 1 und Gruppe 2.

Die signifikanten Ergebnisse in den Fassetten „Ängstlichkeit“, „Depression“, „Reizbarkeit“, „Impulsivität“, „Verletzlichkeit“, im Persönlichkeitsbereich „Neurotizismus“ und in den Fassetten „Herzlichkeit“, „Offenheit für Ästhetik und Gefühle“ zwischen Männern und Frauen der Gruppe 1 lassen den Schluss zu, dass die Nullhypothese, wonach sich Frauen und Männer im Ausprägungsgrad der Persönlichkeitsfacetten nicht unterscheiden verworfen, und die Alternativhypothese angenommen wird. Die Nullhypothese muss jedoch für die Persönlichkeitsbereiche „Verträglichkeit“, „Extraversion“, „Offenheit“ und „Gewissenhaftigkeit“ beibehalten werden, sowie für die weiteren Fassetten der Persönlichkeit, die keine signifikanten Ergebnisse hinsichtlich Unterschiedlichkeit aufweisen.

In weiterer Konsequenz wird die Alternativhypothese angenommen, die Geschlechtszugehörigkeit hat einen signifikanten Einfluss auf die Ausprägung in den genannten Fassetten und Bereichen der Persönlichkeit.

4.2 Unterschiede in den EDI-2 Skalen

Für die drei Skalen des EDI-2 werden Vergleiche zwischen der Gruppe 1 und der Gruppe 2 mittels U-Test von Mann & Whitney

durchgeführt, nach Prüfung der Voraussetzungen, die im Kapitel „Statistische Auswertung“ näher ausgeführt sind.

Bei einem Vergleich zwischen Männer und Frauen der Gruppe 1 ergeben sich signifikante Unterschiede in den Skalen „Schlankheitsstreben“ ($Z = -2.079$, $p < .05$) und „Körperunzufriedenheit“ ($Z = -4.469$, $p < .05$) dahingehend, dass die Frauen dieser Gruppe signifikant höhere Werten in der Skala Schlankheitsstreben (Mean Rank= 28.04) im Vergleich zu den männlichen Personen dieser Gruppe (Mean Rank= 20.32) aufweisen und auch in der Skala Körperunzufriedenheit erhalten die Frauen der Gruppe 1 (Mean Rank= 32.58) signifikant höhere Werte als die Männer dieser Gruppe (Mean Rank= 14.95). In der Skala „Bulimie“ unterscheiden sich Männer und Frauen der Gruppe 1 nicht signifikant.

Abschließend werden Frauen der Gruppe 1 und Frauen der Gruppe 2 mit dem Mann-Whitney u Test analysiert, um einen Vergleich zwischen Personen mit und ohne problematisches Essverhalten zu ziehen. Hierbei ergibt sich ein signifikanter Unterschied in der Skala Schlankheitsstreben, wohingegen die Frauen der Gruppe 1 (Mean Rank= 16.35) signifikant niedrigere Werte im Vergleich zu den Frauen der Gruppe 2 (Mean Rank= 35.42), $Z = -4.654$, $p < .05$) aufweisen. In der Skala „Bulimie“ erhalten die Frauen der Gruppe 1 (Mean Rank= 18.00) ebenfalls signifikant niedrigere Werte als die Frauen der Gruppe 2 (Mean Rank= 33.63), $Z = -4.020$, $p < .05$). Für die Skala „Körperunzufriedenheit“ ergibt sich kein signifikanter

Unterschied zwischen den Frauen der beiden unterschiedlichen Gruppen.

Nach der Darstellung der Ergebnisse werden nun schlussfolgernd die Fragestellungen beantwortet. Die Nullhypothese, es gibt keinen Unterschied in den Skalen „Schlankheitsstreben“, „Körperunzufriedenheit“ und „Bulimie“ im Vergleich der Gruppe 1 und 2 wird teilweise verworfen. Für die Skalen „Schlankheitsstreben“ und „Bulimie“ wird die Alternativhypothese angenommen, es besteht ein Unterschied zwischen Personen mit problematischem und ohne problematisches Essverhalten, wohingegen für die Skala „Körperunzufriedenheit“ die Nullhypothese beibehalten werden muss, aufgrund der nicht signifikanten Ergebniswerte.

Hinsichtlich der geschlechtsspezifischen Unterschiede wird für die Skalen „Körperunzufriedenheit“ und „Schlankheitsstreben“ die Alternativhypothese angenommen, es besteht ein Unterschied in den angeführten Skalen. Für die Skala „Bulimie“ wird die Nullhypothese beibehalten, es gibt keinen Unterschied zwischen Männern und Frauen in dieser Skala.

4.3 Unterschiede in den demographischen Daten

Die beiden Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich ihres höchsten abgeschlossenen Bildungsstandes und ihres Alters. Bezüglich Bodymaßindex ist zu vermerken, dass die Frauen der Gruppe 1 im Vergleich zu den Männern der Gruppe 1 einen signifikant niedrigeren BMI Wert aufweisen,

somit kann die Alternativhypothese angenommen werden, es besteht ein geschlechtsspezifischer Unterschied für den BMI Wert. Für die Frauen der Gruppe 1 und die Frauen der Gruppe 2 besteht ebenfalls ein signifikanter Unterschied in den BMI Werten, somit kann auch hier die Nullhypothese verworfen werden und die Alternativhypothese angenommen werden.

5. Diskussion

In der vorliegenden Untersuchung wurden Unterschiede in den Persönlichkeitsmerkmalen zwischen Menschen mit und ohne problematisches Essverhalten analysiert, vorwiegend anhand von Frauen. Zudem wurden geschlechtsspezifische Unterschiede in den Persönlichkeitsfacetten und Persönlichkeitsbereichen untersucht. Die beobachteten Daten wurden auf Grundlage der Beantwortung des Fragebogens B 5 Version 3 durch die teilnehmenden Personen gewonnen.

Im Bereich „Impulsivität“ konnten im Vergleich zwischen Frauen mit und ohne problematisches Essverhalten signifikante Unterschiede dahingehend festgestellt werden, dass Frauen, die problematisches Essverhalten aufweisen signifikant höhere Werte in der Fassade „Impulsivität“ aufweisen. Dieses Ergebnis wird durch die Literatur untermauert. Die Studien, wie im Kapitel „Persönlichkeitsstruktur und Essstörungen“ beschrieben, berichten über erhöhte Werte im Merkmal Impulsivität bei bulimischen Patientinnen und Personen, die an einer Anorexia Nervosa vom bulimischen Typus leiden.

Eine Besonderheit bei Anorexia Nervosa ist der stark ausgeprägte Hang zum Perfektionismus. Dieses Wesensmerkmal besteht sogar vor und nach der Erkrankung. Auch die damit einhergehende Rigidität ist ein typisches Merkmal bei Anorexia Nervosa. Diese Erkenntnisse werden durch verschiedene Studien gestützt, die in Kapitel „Persönlichkeitsstruktur und Essstörungen“ behandelt werden. Der in der Untersuchung verwendete Fragebogen B 5 umfasst im Persönlichkeitsbereich Gewissenhaftigkeit die Fassetten Kompetenz, Ordnungsliebe, Pflichtbewusstsein, Leistungsstreben, Selbstdisziplin und Besonnenheit, die am ehesten als Elemente des „Perfektionismus“ betrachtet werden können. Wie in der Ergebnisdarstellung gezeigt werden konnte ergeben sich in keinem der genannten Bereiche signifikante Unterschiede im Vergleich der Frauen mit problematischen Essverhalten zu Frauen ohne problematisches Essverhalten.

Die aus der Literatur bekannten erhöhten Werte in der Dimension Neugierverhalten, im Besonderen für Bulimia Nervosa und anderen Essstörungen, die eine bulimische Komponente beinhalten, wurden in der vorliegenden Untersuchung mit den Fassetten „Offenheit für Erfahrungen und Handlungen“, sowie „Erlebnishunger“ erfasst. In diesen Fassetten konnte ebenfalls kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen gefunden werden.

Als Begründung für die dargestellten, nicht signifikanten Ergebnisse kann gesehen werden, dass in der vorliegenden

Untersuchung keine klinische Stichprobe zur Erfassung der Persönlichkeitsmerkmale zur Verfügung stand und aus diesem Grund die Ausprägung der Essstörung nicht in dem Maße gravierend war, um signifikante Unterschiede in diesen Merkmalen im Vergleich zu „gesunden“ Personen zu finden. Dennoch können die beiden Vergleichsgruppen anhand der gefundenen signifikanten Unterschiede in den EDI-Skalen „Schlankheitsstreben“ und „Bulimie“ voneinander dahingehend abgegrenzt werden, dass problematisches Essverhalten mit höheren Werten gekennzeichnet ist. Zudem sollte das diagnostische Vorgehen, um zwischen den verschiedenen Essstörungsgruppen zu unterscheiden, erweitert werden, um eine klare Unterteilung zwischen den verschiedenen Essstörungen machen zu können.

Ein interessanter Aspekt dieser Untersuchung ist der signifikante Unterschied im Persönlichkeitsmerkmal „Herzlichkeit“ zwischen Frauen mit problematischen und Frauen ohne problematisches Essverhalten. Frauen, die kein problematisches Essverhalten aufweisen erreichen signifikant höhere Werte in dieser Persönlichkeitsfasette. Bemerkenswert ist, dass diese Fasette in keiner der genannten Studien Untersuchungsgegenstand war.

Im Zuge der Fragestellung, ob sich Personen mit problematischem Essverhalten von jenen ohne diese Problematik unterscheiden, werden auch geschlechtsspezifische Unterschiede näher betrachtet. Diese Untersuchung ergibt, dass Frauen in

den Fassetten „Ängstlichkeit“, „Reizbarkeit“, „Depression“, „Impulsivität“, „Verletzlichkeit“, im Persönlichkeitsbereich „Neurotizismus“, in den Fassetten „Herzlichkeit“, „Offenheit für Ästhetik“ und „Offenheit für Gefühle“ signifikant höhere Werte als Männer aufweisen.

Dieser interessante Aspekt würde Anlass zu weiteren Literaturrecherchen und Untersuchungen geben.

Der Umstand, dass für die Studie keine männlichen Probanden mit Essstörungen rekrutiert werden konnten ist sicher als Defizit im Hinblick auf die Validität der Untersuchungsergebnisse zu werten.

Zudem ist die geringe Stichprobengröße und damit einhergehende drop out Quote von rund 50% als Merkmal für die Einschränkung der Aussagekraft dieser Studie zu bewerten und sollte in weiterführenden Studien vermieden werden.

6. Zusammenfassung

In der vorliegenden Studie wurde die Fragestellung untersucht, ob sich Personen mit problematischem Essverhalten und ohne Problematisches Essverhalten im Hinblick auf ausgewählte Persönlichkeitsfacetten voneinander unterscheiden und ob geschlechtsspezifische Unterschiede zum Tragen kommen. Zudem wurde analysiert inwieweit sich diese beiden Gruppen in Hinblick auf ihre Einstellung hinsichtlich Körperzufriedenheit und Ernährungsgewohnheiten unterscheiden.

Um diese Fragestellung zu beantworten wurde eine Gruppe mit insgesamt 48 Personen (26 weibliche, 24 männliche) ohne problematisches Essverhalten gebildet. Eine weitere Gruppe, bestehend aus 24 weiblichen Personen, die zum Zeitpunkt der Befragung eine Beratungseinrichtung für Essstörungen aufsuchten, wurde als Vergleichsgruppe herangezogen.

Beiden Gruppen wurde der computergestützte Persönlichkeitsfragebogen B 5 Version 3 und die Kurzversion des Eating Disorder Inventory-2 mittels Versendung per E-Mail zur Beantwortung vorgelegt.

Es ergaben sich Unterschiede im Persönlichkeitsmerkmal „Impulsivität“ und „Herzlichkeit“ für Frauen ohne beziehungsweise mit problematischem Essverhalten. Auch in den Skalen „Schlankheitsstreben“ und „Bulimie“ ergaben sich signifikante Unterschiede. Auch Unterschiede zwischen Männer und Frauen, im speziellen im Persönlichkeitsbereich „Neurotizismus“ und in den Skalen „Körperunzufriedenheit“ und „Schlankheitsstreben“, konnten festgestellt werden.

Schlussfolgernd kann festgehalten werden, dass sich beide Gruppen zwar in der Ausprägung hinsichtlich Essstörungsproblematik unterscheiden, sich jedoch in Bezug auf Persönlichkeitsmerkmale nur wenige Unterschiede ergeben, wobei aber geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen.

7. Literaturverzeichnis

Amelang, M., Bartussek, D., Stemmler, G. & Hagemann, D.
(2006). Zur Universalität individueller Differenzen. In H.
Heuer, F. Rösler & W.H. Track (Hrsg.), *Differentielle
Psychologie und Persönlichkeitsforschung* (S. 19-25).
Stuttgart: Kohlhammer.

Amelang, M., Bartussek, D., Stemmler, G. & Hagemann, D.
(2006). Anfänge der Messung individueller Differenzen. In H.
Heuer, F. Rösler & W.H. Track (Hrsg.), *Differentielle
Psychologie und Persönlichkeitsforschung* (S. 26-35).
Stuttgart: Kohlhammer.

Amelang, M., Bartussek, D., Stemmler, G. & Hagemann, D.
(2006). Abgrenzung der Differentiellen Psychologie. In H.
Heuer, F. Rösler & W.H. Track (Hrsg.), *Differentielle
Psychologie und Persönlichkeitsforschung* (S. 36-43).
Stuttgart: Kohlhammer.

Amelang, M., Bartussek, D., Stemmler, G. & Hagemann, D.
(2006). Zentrale Begriffe. In H. Heuer, F. Rösler & W.H. Track
(Hrsg.), *Differentielle Psychologie und
Persönlichkeitsforschung* (S. 44-50). Stuttgart: Kohlhammer.

Amelang, M., Bartussek, D., Stemmler, G. & Hagemann, D.
 (2006). Inhaltliche Konzepte der Differentiellen Psychologie.
 In H. Heuer, F. Rösler & W.H. Track (Hrsg.), *Differentielle
 Psychologie und Persönlichkeitsforschung* (S. 51-79).
 Stuttgart: Kohlhammer.

Amelang, M., Bartussek, D., Stemmler, G. & Hagemann, D.
 (2006). Faktorenanalytisch begründete Gesamtsysteme der
 Persönlichkeit. In H. Heuer, F. Rösler & W.H. Track (Hrsg.),
Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung (S.
 250-291). Stuttgart: Kohlhammer.

Baumann, U. (2002, Sommersemester). Persönlichkeitspsychologie
 1. Unveröffentlichtes Manuskript zur Vorlesung. Universität
 Salzburg.

Baumann, U. (2002, Wintersemester). Persönlichkeitspsychologie
 B. Unveröffentlichtes Manuskript zur Vorlesung. Universität
 Salzburg.

Brazda, F., Hunek, N. & Kämpfer, M. (2001). Der
 Schönheitsbegriff in der Antike. In A. Hergovich (Hrsg.),
*Psychologie der Schönheit: Physische Attraktivität aus
 wissenschaftlicher Perspektive* (S. 15-26). Wien: WUV.

Bruch, H. (2004). *Eßstörungen*. Frankfurt am Main: Fischer.

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

Charta gegen dürre Models. (2008, 09. April). Salzburger Nachrichten.

Charta gegen Magersucht. (2008). [Internet]. Verfügbar unter: http://derstandard.at/?url=/?id=3296257%26sap=2%26_pid=9304092 [15.05.2008].

Comer, R.J. (2001). Essstörungen. In G. Sartory (Hrsg.), *Klinische Psychologie* (S. 283-304). Heidelberg: Spektrum.

Daszkowski, A. (2003). *Das Körperbild bei Frauen und Männern. Evolutionstheoretische und kulturelle Faktoren*. Marburg: Tectum.

Deutsche Gesellschaft für Psychologie. (1997). *Richtlinien zur Manuskriptgestaltung* (2.Auflage). Göttingen: Hogrefe.

Wimmer-Puchinger, B. & Bischof, C. (2003). W.I.K.: Wiener Informations- und Präventionskampagne- Essstörungen. *Nutrition News*, 1, 24.

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. & Schulte-Markwort, E. (2005). Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren. In H.Dilling, W. Mombour, M.H. Schmidt & E. Schulte-Markwort (Hrsg.), *Internationale Klassifikation psychischer Störungen* (S. 199-205). Bern: Hogrefe.

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (2005). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien* (S. 199-205). Bern, Göttingen, Toronto: Hans Huber.

Egger, J. W. (2005). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell: Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *Psychologische Medizin*, 2, 1-12.

Engländer, I., Groß, I., Schennach, S. & Soswinski, A. (2001). Schönheit aus Sicht des Feminismus. In A. Hergovich (Hrsg.), *Psychologie der Schönheit: Physische Attraktivität aus wissenschaftlicher Perspektive* (S. 65-81). Wien: WUV.

Fichter, M. M., Quadflieg, N., Georgopoulou, E., Xepapadakos, F. & Fthenakis, E. W. (2005). Time Trends in Eating Disturbances in Young Greek Migrants. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 310-322.

Fisher, S. & Cleveland, S. E. (1958). *Body Image and Personality*. Princeton: Van Nostrand.

Franke, A. (2001). Essstörungen. In A. Franke & A. Krämerer (Hrsg.), *Klinische Psychologie der Frau* (S.355-396). Göttingen: Hogrefe.

Fombonne, E. (1995). Anorexia Nervosa. No evidence of an increase. *The British Journal of Psychiatry*, 166, 462-471.

Hager, W., Spies, K. & Heise, E. (2001). *Versuchsdurchführung und Versuchsbericht: ein Leitfaden*. Göttingen: Hogrefe.

Halmi, K.H., Sunday, S.R., Strober, M., Kaplan, A., Woodside D.B., Fichter, M., Treasure, J., Berettini, W.H. & Kaye W.H. (2000). Perfektionismus in Anorexia Nervosa: Variation by Clinical Subtype, Obsessionality, and Pathological Eating Behavior. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1799-1805.

Herpertz-Dahlmann, B. (2002). Anorexia Nervosa und Bulimia Nervosa. In G. Esser (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes und Jugendalters* (S. 387-400). Stuttgart: Thieme.

Hueg, A., Resch, F., Haffner, J., Poustka, L., Parzer, P. & Brunner, R. (2006). Temperaments-und Charaktermerkmale jugendlicher Patientinnen mit Anorexia und Bulimia Nervosa. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34, 127-137.

Kiefer, I. & Rathmanner, T. (2004). Ernährungsberatung, Gewichtsreduktion und Essstörungen. In A. Rieder & B. Lohff (Hrsg.), *Gender Medizin* (S. 173-185). Wien: Springer.

Klump, K. L., Bulik, C.M., Pollice, C., Halmi, K.A., Fichter, M.M., Berrettini, W. H., Devlin, B., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D.B., Treasure, J., Shabbout, M., Lilienfeld, L., Plotnicov, K.H. & Kaye, W.H. (2000). Temperament and Character in Women with Anorexia Nervosa. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 559-567.

Klump, K. L., Strober, M., Bulik, C.M., Thornton, L., Johnson, C., Devlin, B., Fichter, M.M., Halmi, K.A., Kaplan, A., Woodsinde, D.B., Crow, S., Mitchell, J., Rotondo, A., Keel, P.K., Berrettini, W.H., Plotnicov, K., Pollice, C., Lilienfeld, L.R. & Kaye, W.H. (2004). Personality characteristics of women before and after recovery from eating disorder. *Psychological Medicine*, 34, 1407-1418.

Köpp, W. & Jacoby, G.E. (Hrsg.). (1996). *Beschädigte Weiblichkeit: Sexualität und sexueller Mißbrauch*. Heidelberg: Asanger.

Machado, P.P.P., Machado, B.C., Goncalves, S. & Hoek, H.W. (2007). The Prevalence of Eating Disorders Not Otherwise Specified. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 212-217.

Penz, O. (2001). *Metamorphosen der Schönheit*. Wien: Turia + Kant.

Pervin, L. A., Cervone, D. & John, O. P. (2005). *Persönlichkeitstheorien* (5. Aufl.). München: Ernst Reinhardt.

Pils, A., Stocker, G. & Wrba, P. (2001). Die Bedeutung des Hüften-Taillenverhältnis für die Bedeutung der Attraktivität. In A. Hergovich (Hrsg.), *Psychologie der Schönheit: Physische Attraktivität aus wissenschaftlicher Perspektive* (S. 255-272). Wien: WUV.

Pröglhöf, P. & Mixday-Schima, P. (2001). Schönheit aus kultureller Perspektive. In A. Hergovich (Hrsg.), *Psychologie der Schönheit: Physische Attraktivität aus wissenschaftlicher Perspektive* (S. 101-114). Wien: WUV.

Rathner, G. & Rainer, B. (1997). Jährliche Behandlungszahlen und geschätzte Häufigkeiten von Essstörungen in Österreich. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 109, 8, 275-280.

Reidl, C., (2005). Ernährung, Essstörungen und Geschlecht. In I. Eisenbach-Stangl, S. Lentner & R. Mader (Hrsg.), *Männer, Frauen, Sucht* (S.37-66). Wien: Facultas.

Sass, H., Wittchen, H. U. & Zaudig, M. (Hrsg.). (1996). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV* (S. 613-626). Übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and statistical manual of mental disorders der American Psychiatric Association (1994). Göttingen: Hogrefe.

Russell, C.J. & Keel, P.K. (2002). Homosexuality as a specific risk factor for eating disorders in men. *International Journal of Eating Disorders*, 3, 300-306.

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

Veranstalter verbannen Magermodels vom Laufsteg. (2008).

[Internet]. Verfügbar unter:

<http://www.spiegel.de/panorama/0,1518,534638,00.html>

[15.05.2008].

Woodside, D.B., Bulik, C.M., Halmi, K.A., Fichter, M.M., Kaplan, A., Berettini, W.H., Strober, M., Treasure, J., Lilienfeld, L., Klump, K. & Kaye, W.H. (2001). Personality, Perfectionism, and Attitudes Toward Eating in Parents of Individuals with Eating Disorders. (2002). *International Journal of Eating Disorders*, 31, 290-299.

8. Anhang

Anhang A Diagnosekriterien von Essstörungen (DSM-4 und ICD-10)

Anhang A.1 Diagnosekriterien Anorexia Nervosa

DSM-4 Kriterien:	ICD-10 Kriterien:
307.1 Anorexia Nervosa	F 50.0 Anorexia Nervosa
A. Weigerung, das Minimum des für Alter und Körpergröße normalen Körpergewichtes zu halten; Gewicht von weniger als 85% des zu erwartenden Gewichtes.	1. Körpergewicht mindestens 15% unter dem erwarteten (entweder durch Gewichtsverlust oder nie erreichtes Gewicht) oder BMI von 17,5 oder weniger. Bei Patientinnen in der Vorpubertät kann die erwartete Gewichtszunahme während der Wachstumsperiode ausbleiben.
	2. Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch: a. Vermeidung hochkalorischer Speisen und eine oder mehrere der folgenden Möglichkeiten (b. – e.) b. selbst induziertes Erbrechen c. selbst induziertes Abführen d. übertriebene körperliche Aktivitäten e. Gebrauch von Appetitzüglern und/oder Diuretika
B. Ausgeprägte Ängste vor einer Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden, trotz bestehenden Untergewichts.	3. Körperschema-Störungen in Form einer spezifischen psychischen Störung: Die Angst, zu dick zu werden, besteht als eine tiefverwurzelte überwertige Idee; die Betroffenen legen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst fest.
C. Störung der eigenen Wahrnehmung der eigenen Figur und des Körpergewichts, übertriebener Einfluss des Körpergewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung oder Leugnen des Schweregrades des gegenwärtigen geringen Körpergewichts.	

D. Bei postmenarchalen Frauen Amenorrhö, d.h. das Ausbleiben von mindestens drei aufeinanderfolgenden Menstruationszyklen (Amenorrhö wird auch angenommen, wenn bei einer Frau die Periode nach Verabreichung von Hormonen, z.B. Östrogen, eintritt).	4. Endokrine Störungen auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse. Sie manifestiert sich bei Frauen als Amenorrhö und bei Männern als Libido- und Potenzverlust. Erhöhte Wachstumshormon- und Kortisolspiegel, Änderung des peripheren Metabolismus von Schilddrüsenhormonen und Störungen der Insulinsekretion können gleichfalls vorliegen.
	5. Bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät ist die Abfolge der pubertären Entwicklungsschritte verzögert oder gehemmt.
Subtypen	F 50.1 Atypische Anorexia Nervosa
Restriktiver Typus: Während der aktuellen Episode der Anorexia Nervosa keine regelmäßigen „Fressanfälle“ oder kein „Purging“-Verhalten (selbst induziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien, Diuretika oder Klistieren). „Binge-Eating/Purging“-Typus: Während der aktuellen Episode der Anorexia Nervosa regelmäßige Fressanfälle und Purgingverhalten.	Bei ansonsten typischem klinischen Bild fehlen ein oder mehrere Kernmerkmale der Anorexie, z.B. Amenorrhö oder signifikanter Gewichtsverlust

Anhang A.2 Diagnosekriterien Bulimia Nervosa

DSM-4 Kriterien F 307.51 Bulimia Nervosa	ICD-10 Kriterien F 50.2 Bulimia Nervosa
A. Wiederholte Episoden von „Fressattacken“, Episode ist gekennzeichnet durch beide der folgenden Merkmale: -Verzehr einer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum (z.B. innerhalb eines Zeitraums von zwei Stunden), die erheblich größer ist als die Menge, die die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum und unter vergleichbaren Bedingungen essen würden. Gefühl, die Kontrolle über das Essverhalten zu verlieren (z.B. weder mit dem Essen aufhören zu können, noch Kontrolle über die Art und Menge der Nahrung zu haben)	1. Eine andauernde Beschäftigung mit Essen, eine unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln; die Patientin erliegt Essattacken, bei denen große Mengen Nahrung in kurzer Zeit konsumiert werden
B. Wiederholte Anwendung von unangemessenen, einer Gewichtszunahme entgegensteuernden Maßnahmen, wie z.B. selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Laxantien, Diuretika, Klistieren oder anderen Arzneimitteln, Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung.	2. Die Patientin versucht, dem dickmachenden Effekt der Nahrung durch verschiedene Verhaltensweisen entgegen zu steuern: selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, zeitweilige Hungerperioden, Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika. Bei Diabetikerinnen kann es zu einer Vernachlässigung der Insulinbehandlung kommen.
C. Die „Fressattacken“ und das unangemessene Kompensationsverhalten kommen drei Monate lang im Durchschnitt mindestens zweimal pro Woche vor	
D. Figur und Körpergewicht haben einen übermäßigen Einfluss auf die Selbstbewertung.	3. Die psychopathologische Auffälligkeit besteht in einer krankhaften Furcht davor, dick zu werden; die Patientin setzt sich eine scharf definierte Gewichtsgrenze, weit unter dem prämorbidem Gewicht. Häufig lässt sich in der Vorgeschichte mit einem Intervall von einigen Monaten bis zu mehreren Jahren eine Episode einer Anorexia Nervosa nachweisen. Diese

	frühere Episode kann voll ausgeprägt gewesen sein oder war eine verdeckte Form mit mäßigem Gewichtsverlust und/oder einer
E. Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf von Episoden einer Anorexia Nervosa auf.	
Spezifizierung des Typus	F 50.3 Atypische Bulimia Nervosa
„Purging Typ“: regelmäßig selbst induziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien, Diuretika, Appetitzüglern. „Non-purging Typ“: ungeeignete kompensatorische Verhaltensweisen wie Fasten oder exzessive körperliche Betätigung.	Bei ansonsten recht typischem klinischem Bild fehlen eines oder mehrere Kernmerkmale der Bulimia.

Anhang A.3 Diagnosekriterien nicht näher spezifizierte

Essstörungen

DSM-4 Kriterien: 307.50 Nicht näher bezeichnete Essstörungen	ICD-10 Kriterien F50.4 Essattacken bei anderen psychischen Störungen
Die Kategorie Nicht Näher bezeichnete Essstörungen dient der Einordnung von Essstörungen, die die Kriterien für eine spezifische Essstörung nicht erfüllen. Beispiele sind: bei einer Frau sind sämtliche Kriterien der Anorexia Nervosa erfüllt, außer dass die Frau regelmäßig Menstruationen hat. Sämtliche Kriterien der Anorexia Nervosa sind erfüllt, nur liegt das Körpergewicht der Person trotz erheblichen Gewichtsverlustes noch im Normalbereich. Sämtliche Kriterien der Bulimia Nervosa sind erfüllt, jedoch sind „Fressattacken“ und das unangemessene Kompensationsverhalten weniger häufig als zweimal pro Woche für eine Dauer von weniger als drei Monaten Die Regelmäßige Anwendung unangemessener, einer Gewichtszunahme gegensteuernder Maßnahmen durch normalgewichtige Person nach Verzehr kleiner Nahrungsmengen. Wiederholtes Kauen und Ausspucken großer Nahrungsmengen, ohne sie herunter zu schlucken. „Binge-Eating Störung“: Wiederholte Episoden von „Fressattacken“ ohne die für Bulimia Nervosa charakteristischen regelmäßigen, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahmen.	Übermäßiges Essen, das als Reaktion auf belastende Ereignisse zu „reaktivem Übergewicht“ geführt hat

	F 50.5 Erbrechen bei anderen psychischen Störungen
	Außer dem selbstinduzierten Erbrechen bei Bulimia Nervosa kann wiederholtes Erbrechen bei folgenden Störungen auftreten: - Dissoziative Störungen. - Hypochondrische Störungen; Erbrechen kann eines von mehreren körperlichen Symptomen sein. - In der Schwangerschaft können emotionale Faktoren zu wiederholter Übelkeit und Erbrechen führen
	F 50.9 nicht näher bezeichnete Essstörungen

Anhang B Untersuchungsmaterialien

Anhang B.1 Instruktion

Instruktion:

Bitte klicken Sie diesen Link an <http://131.130.64.42/diffpsylabor/start.asp> dieser Link führt Sie auf die Seite von der aus man den Persönlichkeitsfragebogen beantworten kann.

Als **Login** bitte **wimmer** eingeben und das **Passwort** ist **dipl**. Anschließend folgt eine kurze allgemeine Instruktion zum Test, nach dem Lesen bitte auf "Start" klicken.

Danach kommt eine weitere Instruktion wie der Fragebogen ausgefüllt werden soll. Bitte durchlesen und auf "weiter" klicken. Nach diesem Schritt werden kurz ein paar Fragen gestellt zu Ihrer Person. Unter anderem wird nach dem **Probandencode** gefragt. Ihrer lautet **be....**. Wenn Sie anschließend auf "Weiter" klicken wird der Test gestartet. Bitte die jeweils zutreffende Antwort mit einem einfachen Klick bestätigen, dadurch kommt gleich die nachfolgende Frage. Bitte beantworten Sie alle 300 Fragen bis zum Button Test 'beenden'(dauert ca. 15 Minuten).

Nachdem Sie diesen Test beendet haben, bitte den Anhang öffnen. Auch auf diesem Fragebogen bitte den Probandencode eingeben. Der Probandencode dient lediglich dazu dass ich bei der Auswertung der Studie die Ergebnisse der unterschiedlichen Tests zusammenfügen kann. Also auch das Ausfüllen dieses Tests ist anonym.

Bitte markieren Sie die jeweils für Sie zutreffenden Antworten dick. Danach abspeichern und als Anhang wieder an mich zurückschicken. Viel Spaß beim Beantworten und vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Anhang B.2 Kurzfassung EDI-2**Probandencode:**

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu Ihrer Person. Ihre Angaben werden streng vertraulich und anonym behandelt.

Gewicht: kg**Größe: cm**

Im nachfolgenden Fragebogen werden verschieden Gedanken und Verhaltensweisen beschrieben, die sich alle auf die Thematik Ernährungsgewohnheiten und Ihr Körperbefinden beziehen.

Bitte entscheiden Sie für jede Aussage, wie oft Sie bei Ihnen zutrifft.

1. Ich esse Süßigkeiten und Kohlenhydrate (z.B. Teigwaren, Kartoffeln, Brot), ohne deswegen beunruhigt zu sein.
☐ nie ☐ selten ☐ manchmal ☐ oft ☐ normalerweise ☐ immer
2. Ich finde, dass mein Bauch zu groß ist.
☐ nie ☐ selten ☐ manchmal ☐ oft ☐ normalerweise ☐ immer
3. Ich esse, wenn ich durcheinander bin
☐ nie ☐ selten ☐ manchmal ☐ oft ☐ normalerweise ☐ immer
4. Ich stopfe mich mit Essen voll.
☐ nie ☐ selten ☐ manchmal ☐ oft ☐ normalerweise ☐ immer
5. Ich denke daran Gewicht abzunehmen
☐ nie ☐ selten ☐ manchmal ☐ oft ☐ normalerweise ☐ immer
6. Ich finde, dass meine Oberschenkel zu dick sind.
☐ nie ☐ selten ☐ manchmal ☐ oft ☐ normalerweise ☐ immer
7. Ich fühle mich sehr schuldig, wenn ich mich überessen habe.

- ☐ nie ☐ selten ☐ manchmal ☐ oft ☐ normalerweise ☐ immer
8. Ich finde, dass mein Bauch gerade die richtige Größe hat.
- ☐ nie ☐ selten ☐ manchmal ☐ oft ☐ normalerweise ☐ immer
9. Ich habe große Angst zuzunehmen.
- ☐ nie ☐ selten ☐ manchmal ☐ oft ☐ normalerweise ☐ immer
10. Ich bin zufrieden mit meiner Figur.
- ☐ nie ☐ selten ☐ manchmal ☐ oft ☐ normalerweise ☐ immer
11. Ich messe dem Körpergewicht zu viel Bedeutung bei.
- ☐ nie ☐ selten ☐ manchmal ☐ oft ☐ normalerweise ☐ immer
12. Ich habe Fressanfälle erlebt, bei denen ich das Gefühl hatte, nicht aufhören zu können.
- ☐ nie ☐ selten ☐ manchmal ☐ oft ☐ normalerweise ☐ immer
13. Ich mag die Form meines Gesäßes.
- ☐ nie ☐ selten ☐ manchmal ☐ oft ☐ normalerweise ☐ immer
14. Ich bin von dem Wunsch eingenommen dünner zu sein.
- ☐ nie ☐ selten ☐ manchmal ☐ oft ☐ normalerweise ☐ immer
15. Ich denke an Fressanfälle (übermäßiges Essen).
- ☐ nie ☐ selten ☐ manchmal ☐ oft ☐ normalerweise ☐ immer
16. Ich finde, dass meine Hüften zu breit sind.
- ☐ nie ☐ selten ☐ manchmal ☐ oft ☐ normalerweise ☐ immer
17. Ich esse mäßig in Gegenwart von anderen und schlage mich voll, wenn sie gegangen sind.
- ☐ nie ☐ selten ☐ manchmal ☐ oft ☐ normalerweise ☐ immer
18. Wenn ich ein Kilo zunehme, habe ich Angst, dass ich weiter zunehmen werde.
- ☐ nie ☐ selten ☐ manchmal ☐ oft ☐ normalerweise ☐ immer
19. Ich denke daran zu erbrechen, um Gewicht zu verlieren.

☐ nie ☐ selten ☐ manchmal ☐ oft ☐ normalerweise ☐ immer

20. Ich finde, meine Oberschenkel sind gerade richtig.

☐ nie ☐ selten ☐ manchmal ☐ oft ☐ normalerweise ☐ immer

21. Ich finde, dass mein Gesäß zu groß ist.

☐ nie ☐ selten ☐ manchmal ☐ oft ☐ normalerweise ☐ immer

22. Ich esse oder trinke heimlich.

☐ nie ☐ selten ☐ manchmal ☐ oft ☐ normalerweise ☐ immer

23. Ich finde, dass meine Hüften gerade richtig sind.

☐ nie ☐ selten ☐ manchmal ☐ oft ☐ normalerweise ☐ immer

Zitiert nach Rathner, Waldherr & Garner, 1997

Diplomarbeitsumfrage

Ich bin Psychologiestudentin und führe zurzeit eine Umfrage bei Personen ab einem Alter von **19 Jahren** für meine Diplomarbeit durch. Die Umfrage besteht aus **zwei verschiedenen Fragebögen**. Ein Fragebogen befasst sich mit der Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen und der andere dient zur Einschätzung des eigenen Körperbefinden und Essgewohnheiten. Das Ausfüllen der Fragebögen dauert insgesamt ca. **20 Minuten und erfolgt schriftlich über Internet** (Die Beantwortung kann somit problemlos von zu Hause aus durchgeführt werden). Natürlich ist eine Teilnahme für jede und jeden völlig **anonym**!

Ich würde mich sehr über zahlreiche Teilnehmer freuen und würde Sie daher um Mithilfe bitten!

Um Ihnen die beiden Fragebögen zuschicken zu können, würde ich Sie bitten unten Ihre **e-Mail Adresse** an zu geben. Ich werde Ihnen dann genauere Informationen zur Umfrage selbst und die Fragebögen zuschicken.

Jeder einzelne ausgefüllte Fragebogen ist ein wertvoller Teil für meine Diplomarbeit. Ich bedanke mich deshalb bereits im Voraus für Ihre Bemühungen und Mithilfe!

Mit freundlichen Grüßen

Martina Wimmer

Bei Rückfragen hier schon vorweg meine e-mail Adresse:
martina_wimmer02@hotmail.com

Zusammenfassung

In der vorliegenden Studie wurde die Fragestellung untersucht, ob sich Personen mit problematischem Essverhalten und ohne Problematisches Essverhalten im Hinblick auf ausgewählte Persönlichkeitsfacetten voneinander unterscheiden und ob geschlechtsspezifische Unterschiede zum Tragen kommen. Zudem wurde analysiert inwieweit sich diese beiden Gruppen in Hinblick auf ihre Einstellung hinsichtlich Körperzufriedenheit und Ernährungsgewohnheiten unterscheiden.

Um diese Fragestellung zu beantworten wurde eine Gruppe mit insgesamt 48 Personen (26 weibliche, 24 männliche) ohne problematisches Essverhalten gebildet. Eine weitere Gruppe, bestehend aus 24 weiblichen Personen, die zum Zeitpunkt der Befragung eine Beratungseinrichtung für Essstörungen aufsuchten, wurde als Vergleichsgruppe herangezogen. Beiden Gruppen wurde der computergestützte Persönlichkeitsfragebogen B 5 Version 3 und die Kurzversion des Eating Disorder Inventory-2 mittels Versendung per E-Mail zur Beantwortung vorgelegt.

Es ergaben sich Unterschiede im Persönlichkeitsmerkmal „Impulsivität“ und „Herzlichkeit“ für Frauen ohne beziehungsweise mit problematischem Essverhalten. Auch in den Skalen „Schlankheitsstreben“ und „Bulimie“ ergaben sich signifikante Unterschiede. Auch Unterschiede zwischen Männer und Frauen, im speziellen im Persönlichkeitsbereich „Neurotizismus“ und in den Skalen „Körperunzufriedenheit“ und „Schlankheitsstreben“, konnten festgestellt werden.

Schlussfolgernd kann festgehalten werden, dass sich beide Gruppen zwar in der Ausprägung hinsichtlich Essstörungsproblematik unterscheiden, sich jedoch in Bezug auf Persönlichkeitsmerkmale nur wenige Unterschiede ergeben, wobei aber geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen.

Lebenslauf

Seit März 2004	Studium der Psychologie an der Universität für Human- und Sozialwissenschaften Wien
Seit Oktober 2008	Rezeptionistin im Schulungszentrum T-Systems Austria Administrative Tätigkeit im Bereich Mitarbeiterfort- und weiterbildung
April 2006 bis März 2006	Besuchsdienst bei der Einrichtung „Sozialmedizinischer Dienst“ in Wien für Personen im höheren Alter und Personen mit physischen Beschwerden und Bewegungseinschränkung
Februar bis März 2006	Sechswöchiges Praktikum im Regenerationszentrum Goldegg im Bereich Psychologische Beratung
Juli bis September 2004	Ferialarbeit als Betreuerin im St. Vinzenzheim im Bereich Therapie für Einfach und Mehrfach Geistig und Körperlich Beeinträchtigte Menschen
2001 bis 2004	Studium der Psychologie an der NAWI Salzburg
Sommer 2000 bis 2002	Ferialarbeit im Bereich Kinderbetreuung
1997 bis 2001	Bundesoberstufenrealgymnasium St. Johann / Pongau Abschluss Matura
1993 bis 1997	Unterstufengymnasium St. Johann / Pongau
1989 bis 1993	Volksschule Markt Bischofshofen