



Bachelorarbeit

Selbstwirksamkeit bei erwachsenen Menschen mit Adipositas

Franziska Jeker

Vertiefungsrichtung klinisch

Referentin: Andrea Studer, Psychologin MSc

Basel, Mai 2014

Diese Arbeit wurde im Rahmen des Bachelorstudienganges am Departement P der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich.

Danksagung

Besonders danken möchte ich Herr Heinrich von Grünigen von der schweizerischen Adipositas Stiftung für seine tatkräftige Unterstützung. Herzlichen Dank auch meiner Betreuerin Andrea Studer für die ehrliche und hilfsbereite Art. Mein Dank richtet sich auch an Madlaina Bezzola für die wertvolle und fruchtbare Zusammenarbeit. Für die Hilfe bei der Umsetzung der Online-Umfrage möchte ich Lilian Sutter herzlich danken. Ich bedanke mich bei allen Personen, die mich bei der Entstehung dieser Arbeit in irgendeiner Form unterstützt haben, sei es für das Gegenlesen, das Ausfüllen des Fragebogens, technische Hilfe oder für moralische Unterstützung.

Abstract

Die Verbreitung von Adipositas nimmt weltweit zu und stellt laut der Weltgesundheitsorganisation ein unzureichend untersuchtes Problem sowie eine grosse Herausforderung für die öffentliche Gesundheit im 21. Jahrhundert dar. Es ist ein komplexes Zusammenspiel verschiedener Faktoren, welche die Entstehung, wie auch die Behandlung von Adipositas beeinflussen. Psychologische Faktoren entscheiden oft über Erfolg oder Misserfolg einer Adipositastherapie. Das Konstrukt der Selbstwirksamkeit wird als integraler Faktor bei der Übernahme und Aufrechterhaltung eines gesundheitsförderlichen Verhaltens beschrieben. Diese protektive Wirkung könnte eine Kernressource von einer erfolgreichen Adipositasbehandlung sein.

Die vorliegende Bachelorarbeit ging der Hauptfrage nach, ob sich die Selbstwirksamkeit von adipösen Menschen systematisch von normalgewichtigen Personen unterscheidet. Des Weiteren wurde untersucht, ob sich adipöse Menschen hinsichtlich der stabilen Persönlichkeitsdimensionen (Big Five) von Normalgewichtigen unterscheiden und ob es einen Zusammenhang zwischen der Selbstwirksamkeit und den Persönlichkeitsdimensionen gibt.

Zur empirischen Untersuchung dieser Fragestellungen wurde eine Online-Befragung durchgeführt. Die untersuchungsrelevante Stichprobe setzte sich aus insgesamt 125 in der Schweiz lebenden Probandinnen und Probanden zusammen (106 weiblich, 19 männlich), wobei 32 adipös und 93 normalgewichtig waren. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Untersuchungs- und Vergleichsgruppe waren zwischen 21 und 73 Jahre alt.

Die Selbstwirksamkeitserwartung wurde anhand der Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) von Schwarzer und Jerusalem (1995) erfasst, für die Persönlichkeitsdimensionen wurde die Kurzform des NEO-Fünf-Faktoren Inventar (NEO-FFI) nach Costa und McCrae eingesetzt. Zur Beurteilung des Körpergewichts wurde der Body Mass Index (BMI) berechnet. Die Ergebnisse zeigen, dass sich die generelle Selbstwirksamkeit von adipösen Personen nicht signifikant von normalgewichtigen Personen unterscheidet. Hinsichtlich der Persönlichkeitsmerkmalen wurde einzig in der Dimension *Verträglichkeit* ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen gefunden. Zwischen den einzelnen Persönlichkeitsdimensionen und der generellen Selbstwirksamkeit zeigte sich ein deutlich linearer Zusammenhang.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen deutlich, dass adipöse Personen keine homogene Gruppe bilden und man auf verallgemeinernden Zuschreibungen verzichten sollte. Der BMI scheint ein zu unspezifisches Kriterium zu sein, um adipöse von normalgewichtigen Personen zu unterscheiden.

Inhalt

I Einleitung	1
II Theoretischer Teil	4
1 Adipositas	4
1.1 Definition.....	4
1.2 Diagnostik.....	4
1.3 Epidemiologie	9
1.4 Ätiologie.....	11
1.5 Therapie	14
2 Selbstwirksamkeit	15
2.1 Definition.....	15
3 Selbstwirksamkeit und Adipositas	17
4 Selbstwirksamkeit, Adipositas und Persönlichkeit	18
5 Fazit und Forschungslücken	20
III Empirischer Teil	22
6 Hypothesen	22
7 Methodisches Vorgehen	23
7.1 Stichprobe.....	23
7.2 Rekrutierung.....	24
7.3 Erhebungsinstrumente.....	24
7.4 Umsetzung der Online-Umfrage.....	26
7.5 Auswertung.....	27
8 Ergebnisse	28
8.1 Darstellung der Ergebnisse	33
9 Diskussion	36
9.1 Zusammenfassung der Untersuchung.....	36
9.2 Beantwortung der Fragestellung und Interpretation.....	37
9.3 Schlussfolgerung.....	40
9.4 Methodenkritik.....	42
9.5 Weiterführende Überlegungen	43

Abbildungen

Abbildung 1. Aktuelle Daten zu Adipositas und Übergewicht aus der Schweiz.	9
Abbildung 2. Entwicklung von Adipositas und Übergewicht in der Schweiz	10

Tabellen

Tabelle 1: Klassifikation von Adipositas nach ICD 10	5
Tabelle 2: WHO-Klassifikation des Übergewichts bei Erwachsenen	6
Tabelle 3: Altersklassen der Studienpopulation	29
Tabelle 4: BMI Werte der Studienpopulation, unterteilt in Gruppen	30
Tabelle 5: Bildungsniveau der Studienpopulation	30
Tabelle 6: Adipositas-spezifische Krankheiten in der Studienpopulation	32
Tabelle 7: Adipositas-spezifische Operationen in der Studienpopulation	33
Tabelle 8: Selbstwirksamkeit in der Gesamtstichprobe	34
Tabelle 9: Selbstwirksamkeit in der Untersuchungs- und Vergleichsgruppe	34
Tabelle 10: Persönlichkeitsdimensionen in der Gesamtstichprobe	34
Tabelle 11: Persönlichkeitsdimensionen bei adipösen und normalgewichtigen Personen	35
Tabelle 12: Selbstwirksamkeit und Persönlichkeitsdimensionen	36

Abkürzungen

BMI	Body Mass Index
WHO	World Health Organisation
DSM	Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders
ICD	International Classification of Diseases
BED	Binge Eating Disorder
NEO-FFI	NEO Fünf-Faktoren-Inventar
SWE	Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung
SAPS	Schweizerische Adipositas Stiftung
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
ZHAW	Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften

I Einleitung

Noch nie war es so leicht, zuzunehmen, noch nie war es so leicht, abzunehmen, aber noch nie war es so schwer, das tiefere Körpergewicht mit Erfolg zu halten. Während die Menschen in ‚zivilisierteren‘ Regionen weltweit an Gewicht zulegen, hält sich hartnäckig das Vorurteil in vielen Köpfen, dass die ‚Dicken‘ ihr Dicksein mutwillig und selber verschuldet hätten (von Grünigen, 2009; zit. nach Toman, 2009, S. 11).

Ausgangslage/Aktualität der Thematik in der Öffentlichkeit

Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) stellt Adipositas ein nie dagewesenes gesundheitspolitisches wie auch unzureichend untersuchtes Problem und eine grosse Herausforderung für die öffentliche Gesundheit im 21. Jahrhundert dar (Branca, Nikogosian & Lobstein, 2007). Es ist also eine Erscheinung unserer Zeit, dass viele Personen auch schon in jungen Jahren an Übergewicht oder Adipositas leiden. Nicht nur die WHO, sondern auch viele gesundheitsfördernde Institutionen der Schweiz haben das langfristige Ziel, den Anteil der Bevölkerung mit einem gesunden Körpergewicht zu erhöhen und somit die Prävalenz der Adipositas zu senken. Die WHO erwähnt weiter, dass Adipositas nicht nur Körper und Organe in Mitleidenschaft ziehen kann, sondern auch die psychische Gesundheit nachhaltig beeinträchtigt (Branca et al., 2007). Die Bedeutung dieses Themas ist gesamtgesellschaftlich erkannt und verschiedene Fachdisziplinen initiieren Präventionsprogramme und evidenzbasierte Leitlinien.

Viele adipöse Menschen haben vielfältige, oft erfolglose Behandlungsversuche hinter sich. Das eigene Selbstwirksamkeitserleben und die Motivation können dadurch längerfristig vermindert oder geschwächt werden (Warschburger & Petermann, 2008). Laut Müller & Saner (2008) ist Selbstwirksamkeit nicht spezifisch trainierbar, sondern verbessert sich parallel zu positiven Problemlösungsergebnissen, was eine grosse Herausforderung aber auch ein Ansatzpunkt in der Therapie mit adipösen Personen sein kann. Warschburger und Petermann erwähnen ebenfalls, dass das Konzept der Selbstwirksamkeit selten in die Adipositas-Beratung miteinbezogen wird und dies ein möglicher Erklärungsansatz für die hohen Misserfolgsraten bieten könnte. Die Verbesserung der Selbstwirksamkeit würde die Chance erhöhen, Veränderungen anzugehen, erfolgreich zu beenden und längerfristig zu einer stabilen Gewichtsreduktion verhelfen (Müller & Saner, 2008).

Ziel der Arbeit

Laut Wirsching (2010) setzt die humanistische Sichtweise eine ethisch entwickelte Persönlichkeit voraus, welche über Ziele und Bedeutung des Lebens sowie die eigene Rolle in der Gesellschaft zu reflektieren vermag. Aus dieser Perspektive heraus kann in der Gesundheitsforschung ein erkrankter Mensch nicht als Objekt betrachtet werden, welches passiv eine Diagnose und Therapie erhält. Vielmehr sollte der Mensch als selbstbestimmtes Individuum definiert werden, dass Verantwortung für seine eigene Gesundheit übernimmt und versucht, für sein inneres Wohlbefinden zu sorgen (Wirsching, 2010).

Inspiziert von dieser Sichtweise, soll diese Arbeit Aufschluss liefern, ob es spezifische Einflussgrößen wie die Selbstwirksamkeit gibt, welche bei adipösen Menschen mehr oder weniger ausgeprägt sind, im Vergleich zu normalgewichtigen Personen, ohne dabei die Sicht für das Individuum zu verlieren.

Fragestellungen

Die vorliegende empirische Arbeit geht folgender **Hauptfragestellung** nach:

Haben erwachsene Menschen mit Adipositas eine signifikant geringere Selbstwirksamkeitserwartung als erwachsene Menschen mit einem Normalgewicht?

Zur Präzisierung und Differenzierung dieser Hauptfragestellung wurden 2 **Weitere Fragestellungen** formuliert.

Unterscheiden sich erwachsene Menschen mit Adipositas signifikant hinsichtlich ihrer Persönlichkeitsmerkmale (Big Five) gegenüber normalgewichtigen Erwachsenen?

Gibt es einen signifikanten Zusammenhang zwischen den erfassten Persönlichkeitsmerkmalen und der Selbstwirksamkeitserwartung?

Aufbau der Arbeit

Der theoretische Teil dieser Arbeit soll die Basis für die Untersuchung der Forschungsleitfrage bilden, welche im empirischen Teil erörtert wird. Die zwei Kernbegriffe Adipositas und Selbstwirksamkeit werden erläutert und am Schluss des Theorieteils in Zusammenhang gebracht. Der erste Teil dieser Bachelorarbeit wird mit einem Fazit und den Forschungslücken abgeschlossen. Im Methodenteil werden die Erhebungsinstrumente erläutert, wie auch Angaben zur Stichprobe und Rekrutierung geliefert. Ein Online-Fragebogen bildet die Grundla-

ge der Empirie. Die hypothesengeleitete Auswertung des Fragebogens mittels deskriptiver- und Inferenzstatistik dient als Grundlage für die anschliessende Diskussion und Interpretation der Ergebnisse. Die Arbeit wird mit einer Methodenkritik und dem Ausblick auf mögliche zukünftige Studienansätze abgeschlossen.

Abgrenzung

Die vorliegende Bachelorarbeit geht nicht spezifisch auf Adipositas im Kindes- und Jugendalter ein, sondern konzentriert sich auf das Erwachsenen Alter. In der Literatur wird oft nicht trennscharf zwischen Übergewicht und Adipositas unterschieden, weshalb im theoretischen Teil vermehrt auch die Gruppe der Übergewichtigen miteinbezogen wird. Im empirischen Teil jedoch werden aufgrund der erläuterten Fragestellungen ausschliesslich adipöse Personen mit normalgewichtigen Personen verglichen. Der Fokus dieser Arbeit soll auf den psychologischen Aspekten liegen, deshalb wird der medizinischen Seite von Adipositas nur ein kleiner Platz eingeräumt.

II Theoretischer Teil

1 Adipositas

Folgendes Kapitel gibt nach einer genauen Definition von Adipositas einen Überblick über Diagnostik, Epidemiologie, Ätiologie und Therapiemöglichkeiten.

1.1 Definition

Adipositas ist ein Kunstwort, das vom lateinischen „adeps“ (Fett) abgeleitet wird (Liebermeister, 2002). Laut Stevens (1998) ist Adipositas durch eine übermäßige Ansammlung von Körperfett definiert. Demnach postuliert der Autor, dass eine besonders zuverlässige und praktikable Annäherung an die tatsächliche Fettmenge eines Menschen ermittelt werden soll. Auch Pudel (2003) erwähnt, dass es sich bei Adipositas nicht primär um das Gewicht, sondern um die Fettansammlung handelt, die das Übergewicht bedingt. Somit wird auch klarer, wieso Leistungssportlerinnen und Leistungssportler mit ausgeprägter Muskelmasse sehr wohl übergewichtig sein können, nicht jedoch adipös sind deswegen. Da Adipositas die Kriterien einer Sucht nicht erfüllt, sollte der früher verwendete Begriff der „Fettsucht“ nicht mehr gebraucht werden (Pudel, 2003). Die deutsche Adipositas-Gesellschaft definiert Adipositas als eine Vermehrung des Körperfetts, die über das Normalmass hinaus und mit einem erhöhten Gewicht einhergeht (Hauner et al., 2006).

1.2 Diagnostik

Das Kapitel Diagnostik beschreibt kurz die diagnostische Einordnung, physische und psychische Komorbiditäten sowie epidemiologische Befunde aus der Schweiz und Europa.

Diagnostische Einordnung und Differenzialdiagnose

Adipositas ist bislang aufgrund ihrer Entstehung keinen psychopathologischen Faktoren zuzuordnen und deshalb auch nicht als Essstörung im „Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders“ DSM V aufgenommen worden. Liegen im konkreten Fall jedoch psychische Faktoren vor, die für die Entstehung oder das Aufrechterhalten der Adipositas von Bedeutung sind, kann dies im DSM IV als „Vorhandensein psychischer Faktoren, die einen medizinischen Krankheitsfaktor beeinflussen“ (Sass, Wiitschen, Zaudig & Houben, 2003, S.799) klassifiziert werden. In der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision (ICD10) werden Adipositas und

sonstige Überernährung unter dem Kapitel IV unter E65 bis E68 als Stoffwechselerkrankung eingeordnet. Unter E66 werden, wie in Tabelle 1 dargestellt, die Subkategorien der Adipositas genannt (Pudel, 2003).

Tabelle 1: Klassifikation von Adipositas nach ICD 10

E66.0	Adipositas durch übermässige Kalorienzufuhr
E66.1	Arzneimittelindizierte Adipositas
E66.2	Übermässige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation (Pickwick-Syndrom)
E66.8	Sonstige Adipositas Krankhafte Adipositas
E66.9	Adipositas nicht näher bezeichnet Einfache Adipositas o.n.A.

Der früher üblich gebrauchte Broca-Index definiert als Normalgewicht den Betrag in Kilogramm, den die Körpergrösse einen Meter übersteigt. Doch laut Pudel (2003) kam es mit dieser Art der Klassifikation zu Fehleinschätzungen bei Menschen, die nicht eine durchschnittliche Körperlänge aufwiesen. Der Body Mass Index (BMI) hingegen, modifiziert die Körperhöhe, in dem sie ins Quadrat gesetzt wird. Auch die Bewertung erfolgt in grösseren Intervallen als beim Broca-Index (Pudel, 2003). Der BMI gilt international als zuverlässige Messmethode zur Bestimmung von Übergewicht und Adipositas.

Der BMI wird folgendermassen bestimmt:

$$\text{Körpergewicht in Kilogramm} / \text{Körpergrösse in Meter}^2 \text{ [kg/m}^2\text{]}$$

Tabelle 2 zeigt, dass man drei Schweregrade von Adipositas unterscheidet. Per Definition liegt Adipositas dann vor, wenn der BMI grösser oder gleich 30.0 ist. Dabei werden auch mehrere Schweregrade von Adipositas (I-III) benannt, um die verschiedenen Krankheitsrisiken zu unterscheiden (Tuschen-Caffier et al. 2003).

Tabelle 2: WHO-Klassifikation des Übergewichts bei Erwachsenen

Klassifikation des Körpergewichts	BMI (kg/m ²)	Risiko für adipositas-typische Begleitkrankheiten
Untergewicht	Unter 18.5	Keine, aber andere klinische Probleme
Normalgewicht	18.5 - 24.9	Wie beim Durchschnitt der Bevölkerung
Übergewicht	25.0 – 29.9	Leicht erhöht bis erhöht
Adipositas Grad I	30.0 – 34.9	Mässig
Adipositas Grad II	35.0 – 39.9	Erheblich
Adipositas Grad III	Über 40.0	Massiv

Der BMI ist jedoch nicht das einzige Mittel der Wahl, um Adipositas zu klassifizieren, und man sollte auch beachten, dass speziell bei Kindern und Jugendlichen alters- und geschlechtsspezifische Einflüsse auf den Index miteinbezogen werden. Es gibt noch weitere, aufwändigere Methoden, wie zum Beispiel die Ermittlung des Fettgewebes mittels bioelektrischer Analysen oder Messungen der Hautfalten. In der vorliegenden Arbeit werden aufgrund der einfacheren Bestimmung und der internationalen Verbreitung BMI-Werte für das Erwachsenenalter verwendet.

Medizinische Risikofaktoren/ Folge-und Begleiterkrankungen der Adipositas

Ein erhöhter Anteil an Körperfett stellt einen bedeutsamen Risikofaktor für eine Reihe von körperlichen Erkrankungen dar. Diese physischen Folgen dürfen auch im psychologischen Setting nicht aus den Augen verloren werden, weshalb sie im Folgenden kurz erwähnt werden.

Empirische Befunde, wie diese von Lehrke & Laessle (2003) legen nahe, dass eine Reihe von Begleiterkrankungen mit Adipositas einhergeht. Die wichtigsten und nennenswerten Erkrankungen sind vor allem Bluthochdruck, Typ II-Diabetes mellitus, Hyperlipidämie und kardiovaskuläre Erkrankungen. Diese Erkrankungen werden auch unter dem Begriff *Metabolisches*

Syndrom zusammengefasst. Zudem besteht ein erhöhtes Risiko für Herzinfarkt, Schlaganfall, Knie und Rückenbeschwerden, sowie Gicht oder Schlafapnoe. Diese Risiken sind unter anderem dafür mitverantwortlich, dass Adipositas ein deutlich erhöhtes Mortalitätsrisiko aufweist (Lehrke & Laessle, 2003).

Psychische Komorbiditäten

Die Beziehung zwischen Adipositas und psychischen Störungen wird kontrovers diskutiert. Gross angelegte Studien zeigten jedoch in der Population der Adipösen eine erhöhte Prävalenz von psychischen Störungen. Depression, Angststörungen aber auch diverse andere psychische Störungen treten im Zusammenhang mit Adipositas auf (Becker, Margraf, Turke, Soeder & Neumer, 2001). Die Erhöhung der Prävalenz in den westlichen Ländern ist unter dem Aspekt der hohen Diskriminierung und Stigmatisierung, die adipöse Menschen erleben nicht verwunderlich. Die Diskriminierung und Stigmatisierung von Adipösen sind mehrfach belegt und betreffen eine Menge von Lebensbereichen. Dies lässt sich damit in Zusammenhang bringen, dass das Körpergewicht als kontrollierbar angesehen wird und Übergewichtigen oder Adipösen die Verantwortung für ihre Lage selbst zugeschrieben wird (Puhl & Brownell, 2001; Whitley & Kite, 2006). Die Wichtigkeit des Themas der Diskriminierung und Stigmatisierung wird in mehreren Untersuchungen klar. Es konnten Zusammenhänge von Stigmatisierungserfahrungen und psychopathologischen Auffälligkeiten, dem Ausmass der Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und einem geringem Selbstwertgefühl gezeigt werden (Friedman et al., 2005; Myers & Rosen, 1999).

Die Zahl adipöser Menschen ist überproportional gestiegen und dennoch wächst der soziale Druck auf diese Menschen im Zusammenhang mit dem Schönheitsideal unserer Zeit (Friedli, 2006). Oft ziehen sich diese Menschen zurück, was wiederum zu Isolation, reduziertem Selbstwert, Depression oder sogar sozialer Phobie führen kann (Myers & Rosen, 1999; zit. nach, Wiltink, 2006, S.15). Es finden sich vor allem bei Adipösen, die eine Gewichtsreduktionsbehandlung aufsuchen, erhöhte Komorbiditätsraten mit psychischen Krankheiten. Es muss jedoch darauf aufmerksam gemacht werden, dass es auch viele Adipöse gibt, die keine Depression oder Angststörung haben und somit die entsprechende Prävalenzrate gemäss repräsentativen Studien vergleichbar mit der Durchschnittsbevölkerung ist (Herpertz et al., 2006; Hilbert, Dierk, Conradt, Hebebrand & Rief, 2006; McElroy et al., 2004; Vila et al., 2004).

Psychisches Leiden und/oder eine Beeinträchtigung in der Lebensqualität sind allgemeine Charakteristika von psychischen Störungen. Die Frage, ob Adipositas grundsätzlich mit einer

subjektiv reduzierten Lebenszufriedenheit einhergeht, ist generell schwierig zu beantworten. So konnte eine gross angelegte Studie von Dierk, Conradt, Schlumberg, Hebenrand & Rief (in press; zit. nach, Rief & Hilbert, 2008) mit über 400 adipösen weiblichen und männlichen Personen feststellen, dass sich der Normwert für subjektives Wohlbefinden nicht vom Mittelwert der Normwerte unterscheidet. Eine Diagnose aus dem Formenkreis psychischer Krankheiten zu geben, ist bei der Untergruppe von Adipositas, die auch eine Binge Eating Disorder (BED) haben, relativ unstrittig. Es ist anzunehmen, dass es innerhalb der Adipositas ohne BED weitere Untergruppen mit einer psychischen Symptomatik gibt, beispielsweise solche, die deutlich unter ihrem Übergewicht leiden, stark unzufrieden mit dem eigenen Körper sind und substantielle Einschränkungen der Lebensqualität erleben (Rief & Hilbert, 2008).

Binge Eating Disorder

Die Hauptmerkmale der Binge Eating Disorder (BED) sind wiederkehrende Essanfälle ohne Kompensationsverhalten. Die hochkalorische Nahrungsmittelaufnahme während solcher Essanfälle steigert das Risiko, Übergewicht zu entwickeln, wenn das oben erwähnte Kompensationsverhalten ausfällt (Pudel, 2003). BED und Adipositas stehen deutlich in Zusammenhang, müssen aber getrennt voneinander betrachtet werden. Über die Hälfte der Menschen mit einer BED sind adipös, doch andersrum erfüllt ein weitaus kleinerer Teil die Kriterien einer BED (Tuschen-Caffier & Schlüssel, 2005). Verschiedene klinische und auch nicht-klinische Untersuchungen variieren in ihren Ergebnissen. So ermittelten zum Beispiel Smith, Marcus, Lewis, Fitzgibbon und Schreiner (1998) in einer grossen bevölkerungsbasierten Studie eine Prävalenz der BED von 8% bei übergewichtigen und adipösen Personen. Bei klinischen Stichproben von Adipösen oder Übergewichtigen sind erhöhte Anteile von Personen mit einer BED (bis zu 30%) festzumachen (Tuschen-Caffier & Schlüssel, 2005). Adipöse Personen mit einer zusätzlichen BED haben eine dreimal höhere Wahrscheinlichkeit unter einer Major Depression zu leiden, als adipöse Personen ohne eine BED. Ebenso berichten adipöse Personen mit einer BED von grösseren Beeinträchtigungen im sozialen Leben und einer niedrigeren Lebensqualität (Wilfley, Wilson & Agras, 2003). Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Adipositas relativ häufig komorbid mit BED ist, was sich eher negativ auf die psychische Gesundheit auswirkt und unbedingt in eine Behandlung miteinbezogen werden sollte.

1.3 Epidemiologie

Im Folgenden werden aktuelle epidemiologische Befunde aus der Schweiz und Europa beschrieben und mögliche sozioökonomische Einflüsse dargestellt.

Epidemiologie und Soziodemografische Befunde in der Schweiz

Laut Tuschen-Caffier et al. (2005) ist Adipositas nicht nur, aber vorwiegend in Industrienationen weit verbreitet. Diese Nationen sind durch ein üppiges Nahrungsangebot, sowie einer Tendenz zur Bewegungsarmut gekennzeichnet (Tuschen-Caffier et al., 2005).

Das schweizerische Bundesamt für Statistik führt seit 1992 alle fünf Jahre eine Gesundheitsumfrage durch, welche seit 2010 Teil der eidgenössischen Volkszählung ist.

Laut der Übersicht der schweizerischen Gesundheitsbefragung (2012) sind 41% der Schweizer Bevölkerung übergewichtig oder adipös. 51% der Männer und 31% der Frauen sind von Übergewicht oder Adipositas betroffen. Die Unterschiede zwischen Männer und Frauen sind im Bezug auf Adipositas weniger stark ausgeprägt (11% gegenüber 9%). In Abbildung 1 ist zu sehen, dass der Anteil von übergewichtigen oder adipösen Personen im Alter zunimmt. Das Adipositasrisiko nimmt bei Personen mit einem obligatorischen Schulabschluss, im Vergleich zu jenen Personen mit einem Abschluss auf der Tertiärstufe doppelt bis dreifach zu. Wie in Abbildung 2 dargestellt, ist sowohl der Anteil übergewichtiger wie auch adipöser Frauen und Männer in den letzten zehn Jahren deutlich gestiegen.

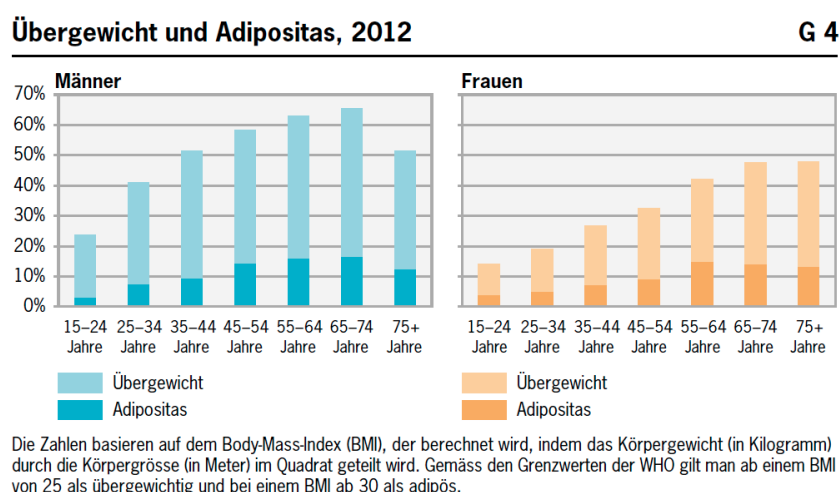


Abbildung 1. Aktuelle Daten zu Adipositas und Übergewicht aus der Schweiz.

Übernommen von „Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012,“ S. 9. Copyright 2012, Bundesamt für Statistik.

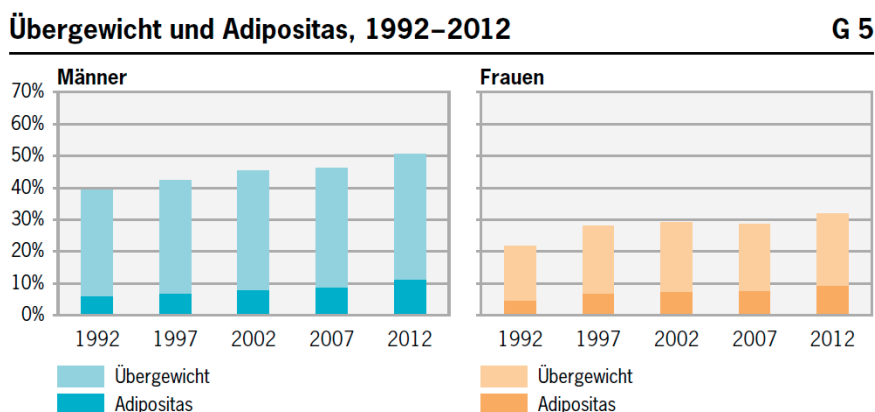


Abbildung 2. Entwicklung von Adipositas und Übergewicht in der Schweiz

Übernommen von „Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012,“ S. 9. Copyright 2012, Bundesamt für Statistik.

Epidemiologie und Soziodemografische Befunde in Europa

Das Buch der WHO *Die Herausforderung Adipositas und Strategien zu ihrer Bekämpfung* (Branca et al., 2007) stellt das wichtigste Hintergrunddokument der Ministerkonferenz zur Bekämpfung der Adipositas vom November 2006 in Istanbul dar. Es gibt einen Überblick über zahlreiche Vorträge und Schlussfolgerungen aus Vorträgen von Expertinnen und Experten in den Bereichen öffentliche Gesundheit, Ernährung und Medizin.

Die WHO erwähnt insbesondere den Anstieg der Adipositas im Kindesalter als besorgniserregend und fordert sofortige innovative Konzepte zur Bekämpfung der Adipositas (Branca et al., 2007).

Die Prävalenz für *Übergewicht* liegt bei Erwachsenen in der europäischen Region bei den Männern zwischen 32% und 79%, bei den Frauen zwischen 28% und 78%. Für Adipositas liegt die aktuelle Prävalenzrate bei Männern zwischen 5% und 23% und bei Frauen zwischen 7% und 36% (Branca et al., 2007). Die Prävalenzdaten für Übergewicht und Adipositas bei Kindern fallen etwas anders aus, was in dieser Arbeit aber nicht im Detail erläutert wird. Laut der WHO (2007) sind die höchsten jährlichen Zuwachsraten von Adipositas und Übergewicht in Dänemark, Irland, Frankreich, der Schweiz und Ungarn zu verzeichnen. Generell wird festgehalten, dass sich die Zahl der Personen die an Adipositas leiden, seit 1980 in den europäischen Regionen mindestens verdreifacht hat (Branca et al., 2007).

Sozioökonomische Unterschiede und Einflüsse

Adipositas ist in den meisten Ländern der europäischen Region überwiegend in den sozial benachteiligten Bevölkerungsschichten mit niedrigerem Einkommens und Bildungsniveau, sowie einer schlechteren Gesundheitsversorgung zu finden (Monteiro, Moura, Conde & Popkin, 2004; Sobal & Stunkard, 1998). In einigen Ländern, wie zum Beispiel Aserbaidschan und Usbekistan sind mehrheitlich Bevölkerungsgruppen einer höheren sozioökonomischen Schicht von Adipositas betroffen. Die Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern spiegeln deutlich, dass Adipositas eng mit der wirtschaftlichen Entwicklung eines Landes zusammenhängt. In einkommensschwachen Ländern breitet sich Adipositas bei steigendem Wohlstand schlagartig aus (Mackenbach & Kunst, 1994; Power, 1994).

Übergewicht und Adipositas leisten einen wesentlichen Beitrag zur Kostenexplosion des Gesundheitswesens der Industrienationen. Die Kosten im Jahre 2001 wurden laut Schneider & Schmid (2004) auf 2691 Millionen Schweizer Franken berechnet. Davon sind 43 Millionen der Diagnose Adipositas zuzuordnen, was rund 1.6% der Gesamtkosten entspricht. Der restliche Teil der Kosten, also 98.4%, fällt auf diverse Folgekrankheiten, wie etwa Diabetes Typ2, Herzerkrankungen, Hypertonie oder Depressionen (Schneider & Schmid, 2004).

1.4 Ätiologie

Folgendes Kapitel behandelt verschiedene Erklärungsansätze für die Entstehung der Adipositas wie genetische Faktoren, Umwelteinflüsse, Ernährungsverhalten und aufrechterhaltende Faktoren.

Störungsmodelle

Eigentlich ist es eine biologisch regulierte Veranlagung, bei positiver Energiebilanz Fettreserven zu bilden, um diese bei knappen Energieressourcen als Überlebenshilfe einzusetzen. Doch unter den überdauernden Überflussbedingungen in den heutigen Industrienationen entwickelt sich die Fettspeicherung zu einem pathogenen Mechanismus (Pudel, 2003).

Laut Pudel (2003) kam es in den fünfziger Jahren zu einem verhängnisvollen Irrtum über die Entstehung der Adipositas. Menschen nahmen an Gewicht zu, als sich die Regale der Supermärkte füllten und Autos, Rolltreppen, Fernseher und Lifts immer weniger Bewegung abforderten. Es lag also nahe, die Pathogenese der Adipositas als Bilanzproblem zu verstehen, im Sinne von „Wer mehr isst als sein Körper verbraucht nimmt zu“ (Pudel, 2003). Die Formulierung, dass der Adipöse zu viel isst und/oder sich zu wenig bewegt, findet Pudel im

Grundsatz nicht einmal falsch, er bezweifelt jedoch, dass dieser Ansatz für eine *Erklärung* reicht. Er ergänzt, dass sich kaum jemand damit zufrieden geben würde, wenn die Ursache von Alkoholismus mit übermäßigem Alkoholkonsum erklärt würde. Die Frage lautet vielmehr: *Warum* essen adipöse Menschen überhaupt zu viel? Da viele Reduktions- und kalorienknappen Diäten keine langfristige Erfolge zeigten, und man so von einer reinen Bilanzproblematik wegkam, wurde Ende der sechziger Jahre die Frage der Entstehung von Adipositas an die Medizin und die Psychologie übergeben (Pudel, 2003).

Genetische Faktoren

Laut Wirth (2008) liegt die Wahrscheinlichkeit, dass Adipositas vererbt ist, bei 50-60%. Das Ausmass genetischer Faktoren bei der Entstehung von Adipositas wurde in formalgenetischen Studien wie Familien-, Zwillings- und Adoptionsstudien erforscht (Wirth, 2008). Der BMI bei eineiigen Zwillingen zeigt einen deutlich höheren Zusammenhang, unabhängig davon, ob sie zusammen aufgewachsen sind oder nicht, als bei zweieiigen Zwillingen. Ebenso zeigten Adoptivstudien einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem BMI erwachsener Kinder und dem ihrer biologischen Eltern (Stunkard, Foch & Hrubec, 1986; Stunkard, Harris, Pedersen & McClearn, 1990). Laut Ellrot & Pudel (1998) kann zusammenfassend festgehalten werden, dass sich das Körpergewicht trotz genetischen Dispositionen über eine Modifikation der Umweltfaktoren beeinflussen lässt. Das Prinzip der Energiebilanz besitzt also nach wie vor Gültigkeit, es muss jedoch bedacht werden, dass diesen externen Einflussgrößen lediglich ein Spielraum innerhalb einer bestimmten genetischen Prädisposition zukommt (Ellrot & Pudel, 1998). „Genetische Faktoren bilden oft die Basis für die Entwicklung einer Adipositas. Umweltfaktoren bestimmen ihre Ausprägung“ (Wirth, 2008, S. 250).

Das Bilanzprinzip

Nahrungsmittelzufuhr und deren Verbrauch sind die Bestandteile der Energiebilanz. Sind Energiezufuhr und Energieverbrauch im Gleichgewicht, ist die Energiebilanz ausgeglichen, was sich unter anderem in einem stabilen Körpergewicht äussert. Sinkt das Körpergewicht, spricht man von einer negativen Energiebilanz, steigt das Gewicht an, spricht man von einer positiven Energiebilanz. Der Organismus nimmt dann an Gewicht zu, wenn eine langfristige positive Energiebilanz besteht (Swinburn & Ravussin, 1993). Ellrott und Pudel (1998) erläutern, dass die entscheidenden Einflussgrößen der Energiebilanz auf der Verhaltens- und Bewegungsebene zu suchen sind. Doch Pudel (2003) zeigt auf, dass die aus dem Bilanzprinzip abgeleitete Feststellung, dass adipöse Personen mehr Kalorien zu sich nehmen als nor-

malgewichtige Personen, durch verschiedene Studien nicht bestätigt werden kann (Pudel, 2003). Auch Delvin, Yanovski & Wilson (2000) kommen zum Schluss, dass man aufgrund der Komplexität der genetischen Faktoren der Adipositas letztlich keine einfachen kausalen Zusammenhänge schliessen kann.

Umweltfaktoren

Laut Wiltink (2006) lassen sich zahlreiche Belege für den Einfluss von Umweltfaktoren auf die Entwicklung von Adipositas finden. Wing & Klem (1997) geben mehrere Beispiele von Individuen mit ähnlichen genetischen Voraussetzungen, die in unterschiedlichen Teilen der Welt aufgewachsen sind und deutlich unterschiedliche Gewichtsentwicklungen zeigten. Poston & Foreyt (1999) schätzen die Umwelt als stärksten Faktor zur Entstehung der Adipositas ein. Sie nennen den Begriff der „toxischen“ Umwelt, die durch Determinanten wie hohe Kalorienzufuhr, sitzender Lebensstil, sozioökonomischem Status sowie dem Lebensresort bestimmt ist. Ihre Schlussfolgerung daraus ist, dass nur durch die Veränderung dieser „toxischen“ Umwelt das Problem der Adipositas in den Griff zu bekommen ist (Poston & Foreyt, 1999) .

Ess und Ernährungsverhalten

Für die Genese der Adipositas spielt neben genetischen- und Umweltfaktoren das Essverhalten eine wichtige Rolle. Laut Friedli (2006) bildet sich das Essverhalten eines Menschen über langandauernde Erfahrungen und Lernprozesse. Diese verinnerlichten Prozesse sind zeitlich überdauernd und extrem stabil. Bei übergewichtigen Personen kommt neben der genetischen Disposition eine hohe Präferenz für fett und energiereiche Nahrung hinzu. Gemäss dem beschriebenen Bilanzprinzip führt diese Präferenz, kombiniert mit Bewegungsmangel, unweigerlich zu einem Gewichtsanstieg (Friedli, 2006).

Aufrechterhaltende Faktoren

Als Ergänzung zu den ätiologischen Faktoren scheint es wichtig, auch aufrechterhaltende Faktoren zu erwähnen, da diese oft Bestandteil einer psychologischen Behandlung der Adipositas sind. Swinburn und Egger (2004) machen mehrere kleine Teufelskreise aus, die einmal aufgebautes Körpergewicht aufrechterhalten oder sogar weiter ansteigen lassen können. Auf der einen Seite kann sich bei Adipositas die Motivation zur Bewegung verringern, was durch mechanische Dysfunktionen, wie zum Beispiel Schmerzen beim Laufen oder Kurzatmigkeit verstärkt werden kann. Ein weiterer Teufelskreis sehen die Autoren in nicht erfolgreichen Diätversuchen, die mittels Jo-Jo-Effekt das Gewicht weiter steigen lassen und bei

den Betroffenen Gefühle von persönlichem Versagen hervorrufen können. Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper oder soziale Stigmatisierung begünstigen die Entwicklung von Depressivität, Ängsten und einem geringen Selbstwert. Werden Medikamente zur Behandlung der psychischen Folge- oder Begleiterscheinungen eingesetzt, tritt ein weiterer Teufelskreis in Kraft. Gewisse Psychopharmaka können sich negativ auf das Gewicht auswirken im Sinne einer Gewichtszunahme. Swinburn & Egger (2004) erwähnen als letzten Teufelskreis die eingeschränkten (materiellen) Handlungsmöglichkeiten innerhalb eines niedrigen sozioökonomischen Status, in dem – wie im Kapitel Epidemiologie bereits beschrieben – Adipositas gehäuft auftritt (Swinburn & Egger, 2004).

1.5 Therapie

In diesem Kapitel wird kurz auf psychotherapeutische Massnahmen in der Behandlung von Adipositas eingegangen.

Allgemeine Therapiemethoden

Adipositas therapie war jahrelang von Misserfolgen begleitet. In den letzten Jahrzehnten hatte die Adipositasforschung einen erheblichen Erkenntniszugewinn, der die Therapie, aber auch die Kommunikation mit der Patientin, dem Patienten nachhaltig veränderte (Pudel, 2001). Laut Pudel (2003) verfolgt die Therapie der Adipositas das Ziel, evolutionsbiologische Regulationssysteme zu entschärfen und eine langfristige Stabilisierung des reduzierten Gewichts zu erreichen. Es sei nicht primär eine Störung zu behandeln, sondern vielmehr eine Situation, in der sich ein ursprünglich zweckvolles biologisches Prinzip als Störung herausstellt. Diese Annahme des Autors macht die Therapie nicht leicht, sondern weist vielmehr darauf hin, dass nur sehr langfristige Behandlungen Wirkung zeigen können, und dass nicht auszuschliessen ist, dass Adipositas therapie eine lebenslange Behandlung sein muss (Pudel, 2003). Neben chirurgischen, diätischen und pharmakologischen Therapien spielt auch die Psychotherapie eine wichtige Komponente in der Therapie von adipösen Personen.

Psychotherapie bei Adipositas

Der Verhaltenstherapie kommt in psychotherapeutischen Behandlungsmethoden der Adipositas die grösste Bedeutung zu. Durch die Förderung von Selbstbeobachtung und Kontrolle, dient die Verhaltenstherapie insbesondere der Modifikation und Stabilisierung des Essverhaltens und bearbeitet so auslösende und aufrechterhaltende Faktoren des problematischen Essverhaltens. Mehrere kontrollierte und randomisierte Studien erwiesen, dass verhaltensthe-

therapeutische Interventionen einen zusätzlichen Effekt zu Ernährungsberatung, körperlichem Training, Diäten und Pharmakotherapie hinsichtlich einer langfristigen Gewichtsreduktion aufweist. Aufgrund solcher Erkenntnisse empfehlen verschiedene Fachgesellschaften für Adipositas multimodale Ansätze zur Gewichtsreduktion, die neben anderen auch verhaltensmodifizierende Komponenten beinhalten (Fogelholm & Kukkonen-Harjula, 2000; Wilkink, 2006).

Zusammenfassend erwähnt Pudel (2001), dass Adipositas-therapie als Verhaltenstraining von Beginn an auf ihre Langfristigkeit und ihren Realitätsbezug hin abgestellt sein muss. „Eine kurzfristige „Hungersnot“, die eine initiale Gewichtsabnahme erzwingt, kann nicht „die Therapie“ sein, weil genau darauf die biologische Disposition ausgelegt ist, um mit einer anschließenden Gewichtszunahme den erlittenen Verlust zu kompensieren“ (Pudel, 2001, S. 958).

2 Selbstwirksamkeit

Das folgende Kapitel beginnt mit einer Definition von Selbstwirksamkeit und beleuchtet anschliessend den Einfluss der Selbstwirksamkeit auf das Gesundheitsverhalten. Im deutschen haben sich die Begrifflichkeiten Selbstwirksamkeit, Selbstwirksamkeitserwartung und Kompetenzerwartung eingebürgert, die im Folgenden synonym gebraucht werden.

2.1 Definition

Laut Zaudig & Trautmann (2006) bedeutet Selbstwirksamkeit („self-efficacy“) die „Überzeugung, etwas bewirken zu können. Positives Gefühl gegenüber Hilflosigkeit“ (S. 703). Das salutogenetische Konstrukt der Selbstwirksamkeit ist theoretisch in der sozialkognitiven Theorie von Albert Bandura eingebettet. Er wollte spezifisch auf die jeweilige Situation erklären, warum gewisse Menschen bei der Lösung individueller Problemstellungen sich hilf- und hoffnungsloser fühlen als andere und umgekehrt (Zaudig & Trautmann, 2006). Selbstwirksamkeit beschreibt nicht die Zahl der Fähigkeiten, die man besitzt, sondern die Überzeugung, dass man unter bestimmten Bedingungen mit diesen Fähigkeiten Ziele erreichen kann.

Bandura (Bandura, 1997) beschrieb dies folgendermassen:

„Bevor eine Person eine Entscheidung trifft, wie ihr Verhalten aussehen soll und ihre Intentionen auf dieses Verhalten fokussiert, verarbeitet und beurteilt sie das zahlreiche Wissen über ihre Fähigkeiten“ (S. 212).

Laut Schwarzer (1994) gilt Selbstwirksamkeit per Definition als stabiles Persönlichkeits-

merkmal, welches aber durch individuelle Erfolgs- und Misserfolgserfahrungen unter bestimmten Voraussetzungen verändert werden kann. Selbstwirksamkeit ist nicht starr, sondern dynamisch. Sie kann durch das Setzen von neuen herausfordernden Zielen und dem erfolgreichen Handeln moduliert werden (Schwarzer, 1994). Gemäss heutiger Auffassung ist Selbstwirksamkeit nicht spezifisch trainierbar, sie verbessert sich jedoch parallel zu positiven Problemlösungserlebnissen. Umgekehrt ist es aber auch so, dass negative Ereignisse die Selbstwirksamkeit schwächen können (Müller & Saner, 2008).

Beeinflussung von Selbstwirksamkeitserwartung

Da Selbstwirksamkeit eine wichtige Voraussetzung für kompetente Selbst- und Handlungsregulation ist, kann die Stärkung solcher Kompetenzen für verschiedene Bereiche sinnvoll und wünschenswert sein. Nach Bandura gibt es vier wesentliche Quellen für den Erwerb von Kompetenzerwartungen (Schwarzer & Jerusalem, 2002). Sie werden im Folgenden kurz erläutert.

Das stärkste Mittel, um Selbstwirksamkeit aufzubauen, sind wohldosierte *Erfolgserfahrungen*. Erfolge müssen so vermittelt werden, dass man sie der eigenen Fähigkeit und Anstrengung zuschreibt. Generell stärken Erfolge die Selbstwirksamkeit und Misserfolge schwächen sie. Sind jedoch einmal starke Selbstwirksamkeitsüberzeugungen entstanden, haben einzelne Misserfolge kaum mehr einen negativen Einfluss auf die Selbstwirksamkeit, sondern können konstruktiv in zielgerichtetes Handeln umgesetzt werden.

Oft fehlt es an genügend Gelegenheiten, Erfahrungen selber zu machen. In solchen Fällen sollten laut Schwarzer und Jerusalem (2002) *Verhaltensmodelle* zur Nachahmung zur Verfügung stehen. Modelle erzielen vor allem dann eine gute Wirkung, wenn sie der Lernenden oder dem Lernenden in verschiedenen Attributen ähnlich sind.

Sprachliche Überzeugungen von aussenstehenden Personen, wie z.B. „du kannst es, du kannst Vertrauen in deine Kompetenzen haben“, können sich positiv auf die Selbstwirksamkeit auswirken.

Die *Wahrnehmung eigener Gefühlsregungen* ist eine wichtige kognitive Voraussetzung, um schwierige Situationen unter Kontrolle zu bringen. Hohe Erregung, wie zum Beispiel ängstliche Aufgeregtheit kann als Hinweis auf die eigenen unzureichende Kompetenz interpretiert werden, und reduziert somit auch die Selbstwirksamkeitserwartung (Schwarzer & Jerusalem, 2002).

3 Selbstwirksamkeit und Adipositas

Motivationsforscher postulieren, dass vermehrt volitionale Erklärungsansätze in die Modelle von Gesundheitsverhalten miteinbezogen werden müssten, um erklären zu können, weshalb es manche Menschen schaffen, ihre Ziele zu realisieren und andere nicht (Armitage & Conner, 1999; Gollwitzer & Brandstätter, 1997; Sheeran, 2005). In der Psychologie versteht man unter Volition den Prozess der Willensbildung. Zentral dabei ist, wie die Umsetzung einer Zielintention in die Handlung erfolgt (Wirsching, 2010). Selbstwirksamkeit, die ebenfalls den Willen zur Veränderung, Zielsetzung und die Annahme, kompetent zu handeln impliziert, kann demnach kaum von volitionalen und motivationalen Konzepten abgegrenzt werden (Wirsching, 2010). Ochsner, Scholz und Hornung (2013) untersuchten in einer Längsschnittstudie 373 übergewichtige und adipöse Personen bezüglich der beiden Selbstwirksamkeitstypen (volitional und motivational) und dem Diätverhalten. Die motivationale Selbstwirksamkeit zeigte sich als einzige signifikante Einflussgrösse auf die Vorhersage von Verhaltensänderung. Gegensätzlich zu den Annahmen von Ochsner et al. konnte die volitionale Selbstwirksamkeit bei dieser Stichprobe keine signifikanten Diätverhalten voraussagen. Andere Studien, wie diese von Scholz, Sniehotta und Schwarzer (2005) haben jedoch signifikante Zusammenhänge zwischen körperlicher Aktivität und volitionaler Selbstwirksamkeit gefunden.

Die Studie von Ochsner et al. brachte jedoch die Erkenntnis, dass motivationale und volitionale Selbstwirksamkeit unterschiedlichen Einfluss haben bei übergewichtigen und adipösen Menschen. Sie postulieren daher, dass in der Therapie unbedingt darauf geachtet werden sollte, in welcher Phase sich eine Person befindet und man so spezifische Selbstwirksamkeitsmechanismen fördern kann (Ochsner et al., 2013).

Sonntag et al. (2010) testeten bei 123 übergewichtigen und adipösen Patienten nebst anderen Dimensionen auch ihre generelle Selbstwirksamkeit. Dabei verwendeten sie den selben Fragebogen von Jerusalem und Schwarzer (1995), welcher in der vorliegenden Bachelorarbeit zur Erhebung der Selbstwirksamkeit diente. Den einzigen signifikanten Unterschied in Bezug auf die Selbstwirksamkeit fanden Sonntag et al. bei dem aktuellen Diätstatus. Daher hatten Personen, die aktuell einer Diät folgten eine signifikant höhere Selbstwirksamkeit, als solche, die momentan keine Diät machten (Sonntag et al., 2010).

Selbstwirksamkeit und Gesundheitsverhalten

In vielen konzeptuellen Modellen von Gesundheitsverhalten wird Selbstwirksamkeit als ein integraler Faktor bei der Übernahme und Aufrechterhaltung eines gesundheitsförderlichen Verhaltens beschrieben (Ajzen, 1991; Bandura, 1997; Rosenstock, 1985). Sie gilt als ein wesentlicher Regulator, welcher gesundheitsfördernde Verhaltensweisen stimulieren wie auch aufrechterhalten kann. Somit wird Selbstwirksamkeit als viel versprechender Mediator von aktivem Gesundheitsverhalten bei chronisch erkrankten Menschen definiert (Bodenheimer, Lorig, Homan & Grumbach, 2002). Eine ausgeprägte Selbstwirksamkeit ist zudem mit einer hohen Eigenfürsorge seitens des erkrankten Patienten, mit einer höheren Therapie-Compliance und verbesserten Gesundheitswerten bei physisch erkrankten Individuen assoziiert. Eine Gruppe von skandinavischen Forschern fand in einer aktuellen Studie heraus, dass sich die Höhe der Selbstwirksamkeit bei adipösen Menschen nicht generell zu andern Gruppen unterscheidet. Sie fanden jedoch spezifische Einflussgrößen, wie ein höheres Level physischer Aktivität und weniger emotionale Ansprechbarkeit auf Krankheiten, welche die Selbstwirksamkeit bei Adipösen signifikant erhöhten (Bonsaksen, Lerdal & Fagermoen, 2012). Auch Bauman et al. (2012) identifizierten Selbstwirksamkeit als eine generelle Schlüsseldeterminante für erhöhte körperliche Aktivität. Anhand solcher Resultate, die in einer Grosszahl von Studien bestätigt wurden, scheint es essenziell, die besten Methoden zu identifizieren, welche sich positiv auf die Selbstwirksamkeit und schliesslich auf das Verhalten auswirken.

Sucht man aktuell in psychologischen Datenbanken nach Studien zum Thema „Selbstwirksamkeit und Gesundheitsverhalten“, findet man mehrere tausend Artikel, die zwischen 2010 und 2014 veröffentlicht wurden. Setzt man sich spezifisch mit einigen dieser Artikel auseinander, findet man unterschiedliche und manchmal auch gegensätzliche Befunde. Gezeigt wird jedoch in fast allen Studien, dass sich Selbstwirksamkeit direkt oder indirekt positiv auf unsere Gesundheit auswirkt.

4 Selbstwirksamkeit, Adipositas und Persönlichkeit

Strobel, Tumasjan und Spörrle (2011) untersuchten in einer Studie mit 180 Probandinnen und Probanden den Zusammenhang zwischen genereller Selbstwirksamkeit, Persönlichkeitsfaktoren und subjektivem Wohlbefinden. Mit Hilfe der Skala der generellen Selbstwirksamkeit (SWE) von Schwarzer und Jerusalem (1999) und dem NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI) von Borkenau und Ostendorf (2008), (siehe Testbeschriebe im Kapitel 7.3) woll-

ten die Autoren untersuchen, ob Selbstwirksamkeit als Mediator zwischen den Big Five Persönlichkeitsdimensionen und dem subjektiven Wohlbefinden wirkt. Sie fanden, wie auch schon andere Studien vor ihnen (Judge & Illies, 2002) signifikante Korrelationen zwischen der Selbstwirksamkeit mit Neurotizismus, Extraversion, Offenheit und Gewissenhaftigkeit. Zwischen Verträglichkeit und SWE gab es keine signifikante Korrelation. Ebenso zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen SWE und dem subjektiven Wohlbefinden. Zusammenfassend halten Strobel et al. (2011) fest, dass Selbstwirksamkeit als Mediator für den Einfluss der Persönlichkeitsvariablen (ausgenommen Verträglichkeit) auf die Lebenszufriedenheit angesehen werden kann. Personen mit einem tiefen Level in Neurotizismus und einem hohen Level in Extraversion, Offenheit und Gewissenhaftigkeit sind daher nicht nur prädisponiert zufriedener mit ihrem Leben zu sein, sondern haben gleichzeitig auch eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung, welche sich wiederum positiv auf die Lebenszufriedenheit auswirkt (Strobel et al., 2011).

Die Verbindung zwischen Adipositas, Übergewicht, Persönlichkeit und dem Essverhalten untersuchten Provencher et al. (2008) in einer nicht klinischen Studie mit 154 Frauen zwischen 38 und 48 Jahren. Alle Probandinnen waren zum Zeitpunkt der Untersuchung übergewichtig oder adipös, wobei der durchschnittliche BMI bei $M = 30,5 \pm 3,0 \text{ kg/m}^2$ lag. Übergewicht oder Adipositas wurde anhand des BMI bestimmt, die stabilen Persönlichkeitseigenschaften mit dem NEO-FFI erhoben. Die Resultate der Studie zeigten mit Ausnahme der Gewissenhaftigkeit keine direkten signifikanten Zusammenhänge zwischen den Persönlichkeitsdimensionen und dem BMI. Ein höherer Wert in Gewissenhaftigkeit wurde als signifikante Determinante für einen höheren BMI gefunden, was laut der Autorenschaft einen Gegenpol zu den impliziten Persönlichkeitszuschreibungen (faul, willensschwach, keine Selbstkontrolle) gegenüber übergewichtigen und adipösen Menschen darstellt. Weiter erwähnt die Autorenschaft, dass der Mittelwert der Verträglichkeit bei den untersuchten übergewichtigen und adipösen Probandinnen im Vergleich zum Normwert der Durchschnittsbevölkerung hoch ist. Generell konnte die Studie von Provencher et al. zeigen, dass im Bezug auf das Essverhalten verschiedenste Persönlichkeitsdimensionen einen Einfluss haben. Direkt mit dem BMI ist jedoch nur die Gewissenhaftigkeit verbunden, was wiederum mit der gewählten Population erklärt werden könnte (alle Frauen wollten an Gewicht verlieren). Provencher et al. (2008) werten schlussfolgernd Neurotizismus, Gewissenhaftigkeit und Verträglichkeit als relevante Faktoren, welche dazu beitragen, den BMI und speziell das Essverhalten besser zu verstehen.

5 Fazit und Forschungslücken

Die bestehende Literatur zeigt deutlich, dass Adipositas heute in den westlichen Ländern als Gesundheitsproblem wahrgenommen wird. Laut Pudel (2001) gilt Adipositas heute als chronische, eigenständige Krankheit, welche sich in westlichen Nationen epidemisch ausbreitet. Der per Definition erhöhte Anteil an Körperfett stellt einen bedeutsamen Risikofaktor für verschiedenste medizinische Begleiterkrankungen dar, welche das Mortalitätsrisiko bei schwerer Adipositas verdoppeln bis verdreifachen (Hebebrand et al., 2004; Lakka et al., 2002; Lehrke & Laessle, 2003). Epidemiologische Befunde der Schweiz sind vergleichbar mit den Zahlen von Europa und legen nahe, dass Adipositas eine grosse gesundheitspolitische Herausforderung für die gesamte europäische Region darstellt (Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012. Übersicht, 2013; Branca et al., 2007). Die Pathogenese der Adipositas ist laut aktueller Wissenschaft ein multifaktorielles Geschehen, aufgrund dessen auch Therapie und Prävention multimodal ansetzen sollte (Petermann & Pudel, 2003). Im Bezug auf psychische Komorbiditäten bei Adipositas liegen unterschiedliche Forschungsergebnisse vor. Studien wie diese von Becker et al. (2001) fanden erhöhte Prävalenzen von Depressionen und Angststörungen im Zusammenhang mit Adipositas, was andere repräsentative Studien zum Beispiel von Herpertz et al. (2006) jedoch nicht belegen konnten. Intrapsychische Konflikte als ätiologischer Faktor für Adipositas werden vor allem bei der Untergruppe der Patienten mit einer BED diskutiert (Dingesmans, Bruna & van Furth, 2002). Bei der psychotherapeutischen Behandlung von adipösen Patienten und Patientinnen werden laut Wiltink (2006) vorwiegend verhaltenstherapeutische Ansätze eingesetzt und evaluiert.

Das Konstrukt der Selbstwirksamkeit hat in den Gesundheitswissenschaften eine lange Forschungstradition, weshalb auch eine grosse Zahl an verschiedenen Erhebungsinstrumenten entwickelt wurde (Bengel & Lyssenko, 2012). Der momentane Stand der Forschung zeigt immer noch Ungewissheit, ob es sich bei der Selbstwirksamkeit um ein stabiles „trait“ handelt, welches durch äussere Faktoren nicht moduliert werden kann, oder ob erfolgreiche Anpassungsleistungen eine Erhöhung der Selbstwirksamkeit beziehungsweise maladaptives Coping eine Verminderung dieser bewirken kann. Die Frage nach der salutogenetischen Wirkung von Selbstwirksamkeit ist somit noch nicht abschliessend geklärt (Wirsching, 2010).

Die stabilen Persönlichkeitsmerkmale Neurotizismus, Extraversion, Offenheit, Gewissenhaftigkeit und Verträglichkeit (Big Five) nach Costa und McCrae gelten in der aktuellen Forschung (Provencher et al., 2008; Strobel et al., 2011) als reliable Standarddimensionen zur

Erfassung der Persönlichkeit sowohl im Zusammenhang mit dem BMI, wie auch der Selbstwirksamkeit.

Verschiedene Studien haben Selbstwirksamkeit innerhalb von adipösen Gruppen getestet, und darin auch Unterschiede gefunden. Oft kamen dabei spezifische Selbstwirksamkeitstest zur Anwendung und wurden in Verbindung zum aktuellen Diätstatus, spezifischem Essverhalten oder körperlicher Aktivität untersucht (Ochsner et al., 2013; Scholz et al., 2005). Selten jedoch wurde bislang die Dimension der generellen Selbstwirksamkeit zwischen adipösen und normalgewichtigen erwachsenen Personen verglichen. Diese Studie möchte dieser Forschungslücke Rechnung tragen und Unterschiede in einer nichtklinischen Population von adipösen und normalgewichtigen erwachsenen Menschen erheben.

III Empirischer Teil

6 Hypothesen

Mittels der beschriebenen Fragestellungen von Kapitel I sollen die gebildeten Hypothesen anhand der gewonnen empirischen Daten die Theorie der Selbstwirksamkeit an einer Untersuchungsgruppe von adipösen erwachsenen Menschen und einer Vergleichsgruppe von normalgewichtigen erwachsenen Menschen überprüfen.

Die kognitive Verhaltenstherapie liefert laut Schwarzer und Jerusalem (2002) experimentelle Nachweise für den Aufbau von Selbstwirksamkeitserwartung durch Erfahrung. Klassische Beispiele dafür liegen in der Behandlung von Phobien, wie auch in der Kontrolle des Körpergewichts bei Übergewichtigen. Davon ausgehend, dass viele adipöse Menschen durch gescheiterte Diätversuche vermehrt Misserfolgserfahrungen machen, leitet sich die **Haupthypothese** ab.

H1: Erwachsene Menschen mit Adipositas ($BMI \geq 30.0$) haben eine signifikant geringere Selbstwirksamkeitserwartung als normalgewichtige erwachsene Menschen ($BMI 18.5 - 24.9$).

Die **weiteren Hypothesen** dienen als Ergänzung zur Haupthypothese und tragen zu einer komplexeren und umfassenderen Untersuchung wie auch Auswertung und Interpretation bei.

H2: Menschen mit Adipositas unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich den Persönlichkeitsmerkmalen gegenüber normalgewichtigen Menschen. Es gibt keine typische Adipositas-Persönlichkeit.

H3: Es gibt einen signifikanten Zusammenhang mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen und der generellen Selbstwirksamkeitserwartung.

7 Methodisches Vorgehen

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine empirische, explorative Untersuchung, welche als Querschnitt durchgeführt wurde. Die interessierenden Populationen sind Erwachsene mit Adipositas sowie Erwachsene mit einem Normalgewicht. Bezogen auf die Rekrutierungsart wurde eine nicht-klinische Stichprobe aus diesen Populationen untersucht.

Der empirische Teil dieser Bachelorarbeit wurde teilweise in Zusammenarbeit mit Madlaina Bezzola gemacht. Die Studie von Bezzola (2014) befasst sich mit dem Thema Adipositas und Körperbild, weshalb in der Online-Umfrage auch ein Fragebogen zum Körperbild miteinfluss.

Im Folgenden werden einzelne methodische Vorgehensweisen der Untersuchung beschrieben.

7.1 Stichprobe

Die für die vorliegende Arbeit erhobene Stichprobe ähnelt am ehesten einem Convenience-Sample. Adipositas-Betroffene wurden hauptsächlich über Expertinnen und Experten angesprochen und anhand des Prinzips der einfachen Verfügbarkeit wurden auch mehrheitlich Studierende der ZHAW vom Departement Psychologie sowie Freunde und Bekannte über das Schneeballprinzip angefragt.

Ein und Ausschlusskriterien

Die Grundvoraussetzung für die Studienteilnahme war das Alter von mindestens 18 Jahren. Als weiteres Einschlusskriterium für die Untersuchungsgruppe galt der BMI ≥ 30.0 (Adipositas), bei der Vergleichsgruppe der BMI zwischen 18,5 – 24,9 (Normalgewicht). Die Unterteilung in die beiden Gruppen, wie auch der Ausschluss der Gruppe „Übergewicht“ (BMI 25,0 – 29,9) wurde erst nach Beendigung der Online-Umfrage im Statistik Programm SPSS vorgenommen. Als Ausschlusskriterium für die Untersuchungs- wie auch der Vergleichsgruppe galten ungenügende Deutschkenntnisse und akute psychiatrische Symptomatik. Da die vorliegende Arbeit auf einer Internet-Umfrage basiert, konnte keine Überprüfung der Ausschlusskriterien vorgenommen werden. Die Umfrage wurde jedoch an keine stationäre und/oder akute psychiatrische Abteilung verschickt, womit die Wahrscheinlichkeit einer akuten psychiatrischen Symptomatik minimiert werden konnte.

7.2 Rekrutierung

Die Studienteilnehmer und Studienteilnehmerinnen wurden eigens für diese Bachelorarbeit rekrutiert. Für die Rekrutierung der Untersuchungsgruppe wurde Kontakt zur Schweizerischen Adipositas Stiftung (SAPS) aufgenommen. Mit Hilfe von Dr. med. h.c. Heinrich von Grünigen, dem Präsidenten der SAPS, wurde die Online-Umfrage über verschiedene Foren und Kontakte von Selbsthilfegruppen der SAPS verschickt. Zusätzlich leiteten Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen des Kompetenzzentrums für Essstörungen und Adipositas in Zürich, selbständig arbeitende Psychotherapeutinnen, Ernährungsberaterinnen sowie die Leiterin der Weight-Watcher-Gruppe in Zürich die Umfrage an ihre Patienten und Patientinnen weiter. Weiter wurden per Email Studierende der ZHAW Departement P, wie auch Bekannte aus dem Umfeld der Autorin über das Schneeballprinzip rekrutiert. Da die Einteilung in Untersuchungs- und Vergleichsgruppe erst in der Datenauswertung gemacht wurde, richtete sich die Umfrage an alle Personen ab 18 Jahren, egal welches Gewicht und Körpergröße jemand aufwies.

7.3 Erhebungsinstrumente

Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung

Die Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung von Schwarzer und Jerusalem (1995; 1999) stellt ein bewährtes Instrument dar, welches die Gewissheit oder Stärke der Überzeugungen bei der Bewältigung allgemeiner Lebensanforderungen auf einer vierstufigen Ratingskala erfragt (Schwarzer & Jerusalem, 1995). In Anlehnung an das Selbstwirksamkeitskonzept von Bandura entwickelten die Autoren eine 20-item Skala zur Messung von „Allgemeiner Selbstwirksamkeitserwartung“, welche 1981 jedoch anhand multipler Reliabilitäts- und Validitätstests auf 10 Items gekürzt wurde. Es handelt sich um eine eindimensionale Skala, die möglichst nach Zufall in ein grösseres Erhebungsinstrument eingemischt werden sollte. Die Items sind gleichsinnig gepolt und können auf einer Skala von 1- 4 (1. Stimmt nicht, 2. Stimmt kaum, 3. Stimmt eher, 4. Stimmt genau) beantwortet werden (siehe Anhang A). Aus der Summe aller zehn Antworten ergibt sich der individuelle Testwert, so dass sich ein Score zwischen 10 und 40 errechnen lässt. Verschiedene wissenschaftliche Disziplinen in verschiedenen ethischen Gruppen haben die Selbstwirksamkeitsskala in zahlreichen Forschungen eingesetzt. Sie erreicht eine interne Konsistenz zwischen $\alpha = .75$ und $.91$ (Luszczynska, GutierrezDona & Schwarzer, 2005; Schwarzer, 1996). Der Mittelwert liegt bei den meisten Stichproben bei ca. 29 Punkten mit einer Standardabweichung von ungefähr 4 Punk-

ten (Schwarzer & Scholz, 2000). Das Instrument liegt in 27 Sprachen vor und wird bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren eingesetzt. Die Bearbeitungszeit liegt im Durchschnitt bei 4 Minuten (Schwarzer & Jerusalem, 1995).

NEO-Fünf-Faktoren-Inventar

Das NEO-FFI nach Costa und McCrae ist ein multidimensionales Persönlichkeitsinventar, das mittels fünf Skalen und insgesamt 60 Items (siehe Anhang A) die robusten Dimensionen *Neurotizismus*, *Extraversion*, *Offenheit für Erfahrungen*, *Verträglichkeit* und *Gewissenhaftigkeit* erfasst (siehe Anhang A). Die Umschreibung der einzelnen Merkmalsausprägungen nach Borkenau und Ostendorf (2008) sind:

<i>Neurotizismus:</i>	nervös, ängstlich, traurig, unsicher und verlegen, neigen zu unrealistischen Ideen.
<i>Extraversion:</i>	gesellig, aktiv, gesprächig, personenorientiert, optimistisch und heiter.
<i>Offenheit für Erfahrungen:</i>	hohe Wertschätzung für neue Erfahrungen, mögen Abwechslung, wissbegierig, kreativ und phantasievoll.
<i>Verträglichkeit:</i>	altruistisch, mitfühlend, verständnisvoll, wohlwollend, zwischenmenschliches Vertrauen.
<i>Gewissenhaftigkeit:</i>	ordentlich, zuverlässig, diszipliniert, ehrgeizig und systematisch, hart arbeitend.

Die aktuellen Analysebefunde zur zweiten und aktuellen Auflage des NEO-FFI zu den Gütekriterien und Normen beruhen auf einer Stichprobe von 11'724 Personen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz. Die internen Konsistenzen (Reliabilität) der fünf Skalen liegen zwischen $\alpha = .72$ und $\alpha = .87$. Die Gültigkeit (Validität) wurde mittels Faktorenanalysen der Items, sowie gemeinsamen Analysen der Skalen des NEO-FFI und anderen Persönlichkeitsinventaren ermittelt und zeigen eine gute Konstruktvalidität des Verfahrens. Normen werden für eine bevölkerungsrepräsentative Quotenstichprobe sowie für 12 Geschlechts- und Altersgruppen geliefert. Die Normwerte liegen bei Neurotizismus bei $M = 21,95$ ($SD = 8,36$), Extraversion $M = 28,38$ ($SD = 6,70$), Offenheit für Erfahrung $M = 32,10$ ($SD = 6,48$), Verträglichkeit $M = 30,23$ ($SD = 5,69$) und bei Gewissenhaftigkeit $M = 30,87$ ($SD = 7,13$). Die Items sind teils positiv teil negativ gepolt und fließen jeweils in eine Skala ein. Pro Scala wird ein Summenwert berechnet. Die 2. neu normierte Auflage des Test ist seit 2008 in Anwen-

dung und die Bearbeitungsdauer beträgt ca. 10 Minuten (Borkenau & Ostendorf, 2008). Eine genauere Beschreibung der einzelnen Dimensionen findet man im Testmanual von Borkenau & Ostendorf (2008).

Ergänzende Angaben

Neben den oben beschriebenen psychologischen Tests bzw. Fragebogen, wurden auch soziodemografische Daten, Gewicht und Körpergrösse, sowie adipositas-spezifische Krankheiten und Operationen erhoben (siehe Anhang A). Die wichtigsten Resultate der ergänzenden Angaben sind in den Tabellen 3 bis 7 dargestellt. Ebenfalls mussten die Teilnehmer und Teilnehmerinnen angeben ob sie momentan in psychologischer Behandlung sind oder nicht. Falls diese Frage mit *ja* beantwortet wurde, konnte noch die Therapiedauer (in Monaten) angegeben werden.

Gewicht und Körpergrösse dienten zur Berechnung des BMI um so die Stichprobe anschliessend in Untersuchungs- und Vergleichsgruppe aufzuteilen zu können.

7.4 Umsetzung der Online-Umfrage

Mittels einer kostenlosen Lizenz der ZHAW wurde der Fragebogen mit der Online-s Befragungssoftware Questback Unipark für Studierende erstellt. Die gesamte Umfrage ist im Anhang A der vorliegenden Arbeit ersichtlich. Am Schluss konnten die Daten im CSV-Format aus dem Tool exportiert werden, um anschliessend in die Statistiksoftware SPSS, Version 20 (SPSS, 2012) importiert zu werden. Bei der gestalterischen Umsetzung wurde auf ein möglichst klares und einfaches Design geachtet. Das ZHAW Logo wurde im Titelbalken platziert und ein Verlaufsbalken zeigte der Userin, dem User den aktuellen Stand der Umfrage in Prozent. Es wurden Einfachauswahl- Fragen, Drop-Down-Listen, Mehrfachauswahl- Fragen, Matrix-Listen und auch Textfeldfragen verwendet. Genaue Informationen über Sinn und Zweck der Studie wie auch die Anonymität der Datenerhebung und deren Verwendung wurden in einem Emailtext verfasst und mit dem Link zur Studie verschickt. Über den Link http://www.unipark.de/uc/Koerperbild_Persoenlichkeit/ gelangte man zuerst auf eine Begrüssungsseite. Darauf war die Bearbeitungszeit des Fragebogens, sowie ein direkter Link zur Emailadresse der Studienleiterinnen ersichtlich. Auf der zweiten Seite mussten die Teilnehmer und Teilnehmerinnen ihre Einverständniserklärung geben, damit sie im Fragebogen weiter kamen. Die Einverständniserklärung basiert auf der offiziellen Vorlage der ZHAW Dep. P. Auf den 10 anschliessenden Seiten folgten demografische Fragen zu Alter, Geschlecht, Körpergrösse, Gewicht, Schulbildung, Partnerschaft, Kinder, Psychotherapie, Adi-

positas-typischen Krankheiten und Operationen. Danach folgte eine Instruktion zum Ausfüllen des Persönlichkeitsfragebogens NEO-FFI gemäss Testmanual (Borkenau & Ostendorf, 2008). Anschliessend folgten die 60 Fragen zur Persönlichkeit welche in zehner Blöcke gruppiert wurden, sowie auch die 10 Fragen zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung. Um allfällige Reihenfolge- oder Wiederholungseffekte zu vermeiden, wurde eine Zufallsrotation (random rotation) eingeführt, welche die NEO-FFI, und SWE-Fragen bei jedem Teilnehmer und jeder Teilnehmerin durchmischt und in einer anderen Reihenfolge erscheinen liess. Auch die 20 Fragen zum Körperbild mittels des FKB-20 Fragebogens, die der Untersuchung von Bezzola (2014) dienen, wurden zuerst mit der dazugehörigen Instruktion eingeführt und danach ebenfalls in zufälliger Reihenfolge abgefragt. Am Schluss wurde mittels eines Seriosity-Checks verifiziert ob die Teilnehmer und Teilnehmerinnen die Fragen sinnvoll und seriös ausgefüllt haben, so dass man sie für wissenschaftliche Zwecke gebrauchen kann. Wurde dies mit ja beantwortet, kam man auf die Endseite, wo Platz war für Bemerkungen und die Möglichkeit, bei Interesse an den Studienresultaten eine Email an die Studienleiterinnen zu schicken. Eine Abbildung des gesamten Online-Fragebogens ist im Anhang A zu finden.

7.5 Auswertung

Im Folgenden wird beschrieben, mit welchen statistischen Verfahren die einzelnen im Kapitel 6 beschriebenen Hypothesen untersucht wurden.

Statistische Auswertung der einzelnen Hypothesen

Die statistische Datenauswertung erfolgte mit Hilfe des Statistikprogramms Statistical Package for Social Sciences (SPSS), Version 20 für Mac. Einzelne Items des NEO-FFI Persönlichkeitstests wurden vor der Auswertung gemäss Test-Manual umgepolt.

Haupthypothese H1: Ob sich der Mittelwert der Selbstwirksamkeitserwartung (metrische Variable) bei adipösen Menschen signifikant zum Mittelwert von normalgewichtigen Menschen (dichotome Variablen) unterscheidet, wurde anhand des T-Test für unabhängige Stichproben untersucht.

Weitere Hypothesen H2: Für die Untersuchung der Unterschiede in der Ausprägung der Persönlichkeitsmerkmale, Neurotizismus, Offenheit für Erfahrungen, Extraversion, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit (metrische Variablen) bei adipösen und normalgewichtigen Menschen (dichotome Variable) wurde ebenfalls der T-Test für unabhängige Stichproben angewandt.

Weitere Hypothese H3 : Anhand einer multiplen Regressionsanalyse wurde der Zusammenhang zwischen der Selbstwirksamkeit (Kriterium) und den fünf erhobenen Persönlichkeitsmerkmalen Neurotizismus, Offenheit, Extraversion, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit (Prädiktoren) getestet.

Allgemeine Angaben zur statistischen Auswertung

Das Signifikanzniveau (Alpha-Level) wurde bei sämtlichen Tests auf $p=0.05$ (zweiseitig) festgelegt. Anhand der Analyse von Histogrammen und Q-Q-Diagrammen wurden alle Daten auf Normalverteilung untersucht. Bei einer fehlenden Normalverteilung wurden die Daten rangtransformiert.

Da sich die Stichprobengrößen der adipösen ($n=32$) und der normalgewichtigen ($n=93$) Personen um mehr als 20% unterscheidet, wird davon ausgegangen dass die Varianzhomogenität nicht erfüllt ist. Die Ergebnisse des T-Tests werden somit durchgehend bei „Varianzen sind nicht gleich“ abgelesen. Effektstärken wurden nach Cohen (1988) berechnet. Dabei wurde unterschieden zwischen kleinen ($d=\pm 0.2$), mittleren ($d=\pm 0.5$) und grossen ($d=\pm 0.8$) Effekten. Regressionsanalysen wurden auf Kollinearitäts (VIF < 2)- und Suppressionseffekte kontrolliert, und mit einem schrittweisen Einsetzen der Variablen geprüft. Effektstärken wurden mit dem korrigierten r^2 angegeben, wobei $r^2=0.02$ als klein, $r^2=0.13$ als mittel und $r^2=0.26$ als gross galten. Die Empfehlung der Stichprobengröße ($n \geq 50+8 * q$) konnte mit $N=165$ eingehalten werden. Um die Beiträge der einzelnen Prädiktoren (q) untereinander zu vergleichen, werden die standardisierten Beta Koeffizienten herangezogen.

Die genauen Irrtumswahrscheinlichkeiten werden in der Ergebnisdarstellung als p -Werte angegeben, der Mittelwert als M und die Standardabweichung mit SD .

8 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die statistischen Ergebnisse deskriptiv wie auch inferenzstatistisch dargestellt. Zuerst erfolgt eine Übersicht und Beschreibung der Stichprobe, anschliessend wird auf die Ergebnisse der einzelnen getesteten Hypothesen eingegangen.

Beschreibung der Stichprobe

Der folgende Abschnitt beschreibt die Studienpopulation im Einzelnen.

Feldbericht der Online-Umfrage

Die Online-Umfrage wurde am 15. Januar 2014 aufgeschaltet und war bis am 16. Februar 2014 in der Feldphase. Zum Zeitpunkt der Schliessung der Umfrage betrug das brutto Gesamtsample 323 Personen, wobei 165 die Umfrage bis zum Schluss bearbeitet haben. Die Beendigungsquote liegt somit bei 53.3 %. Die mittlere Bearbeitungszeit des Fragebogens lag bei 15.3 Minuten. Die Seite mit den meisten Abbrüchen war die Anfangsseite.

Geschlecht

Die in der vorliegenden Arbeit untersuchte Stichprobe ($N=165$) setzt sich gesamt aus 136 (82.4%) Frauen und 29 (17.6%) Männer zusammen. Bezogen auf die Untersuchungsgruppe *Adipositas* ($n=32$) nahmen 27 (84.4%) Frauen und 5 (15.6%) Männer an der Umfrage teil. Die Vergleichsgruppe *Normalgewichtige* ($n=93$) bestand aus 79 (84.8%) weiblichen und 14 (15.2%) männlichen Probanden.

Altersverteilung

Die Altersspanne der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer reichte von 18 bis 73 Jahren, bei einem Mittelwert von 37.6 Jahren ($M= 37.6$ $SD= 11.24$). Das Durchschnittsalter der Personen mit Adipositas betrug 42.5 Jahre ($M= 42.5$ $SD= 12.63$), mit einem Minimum von 23 und einem Maximum von 73 Jahren. Personen aus der Vergleichsgruppe (Normalgewicht) wiesen einen Mittelwert von 35.6 Jahren auf ($M= 35.6$ $SD= 10.17$) bei einem Minimum von 21 Jahren und einem Maximum von 71 Jahren. Tabelle 3 fasst die Altersklassen der Gesamtstichprobe $N= 165$ zusammen.

Tabelle 3: Altersklassen der Studienpopulation

Altersklasse	Häufigkeit	
	Absolut	%
bis 25	16	9.7
26-30	39	23.6
31-40	53	32.1
41-50	34	20.6
51-60	17	10.3
61-70	3	1.8
71-80	3	1.8
Gesamt	165	100.0

BMI

Der Mittelwert des berechneten BMI der gesamten Stichprobe lag bei 26.00 ($SD= 6.45$). 17.04 war der tiefste und 50.08 der höchste erreichte BMI. Tabelle 4 zeigt die Verteilung der BMI Werte in der untersuchten Stichprobe, angelehnt an die in der Tabelle 2 beschriebenen Kategorien der WHO. Es ist zu sehen, dass der Durchschnitts- BMI der Untersuchungsgruppe bei 37.05 lag ($SD= 5.35$), bei der Vergleichsgruppe bei 22.02 ($SD= 1.64$)

Tabelle 4: BMI Werte der Studienpopulation, unterteilt in Gruppen

BMI	Häufigkeit			
	Absolut	%	<i>M</i>	<i>SD</i>
BMI 16,0 - 18,4 Untergewicht	3	1.8	17.8	0.7
BMI 18,5 - 24,9 Normalgewicht	93	56.4	22.02	1.64
BMI 25,0 - 29,9 Übergewicht	37	22.4	27.15	1.5
BMI 30,0 - > 50,0 Adipositas	32	19.4	37.05	5.35
Gesamt	165	100.0	26.00	6.45

Schulbildung

Die folgende Tabelle fasst den Ausbildungsstand der Gesamtstichprobe zusammen:

Tabelle 5: Bildungsniveau der Studienpopulation

Bildungsniveau	Häufigkeit	
	Absolut	%
Obligatorische Schulzeit	2	1.2
Berufslehre/Gymn./Fachmatur	60	36.4
Uni/FH/HF	103	62.4
Gesamt	165	100.0

Gesamthaft haben 2 Personen (1.2%) die obligatorische Schulzeit absolviert und keine weitere Berufsbildung abgeschlossen. 60 Personen (36.4%) gaben an, eine Berufslehre, Gymnasium oder Fachmaturitätsschule beendet zu haben. Eine höhere Fachschule, Universität oder Fachhochschule haben 103 Personen (62.4%) abgeschlossen.

Von den Personen in der Untersuchungsgruppe (Adipositas) haben 2 Personen (6.3%) die obligatorische Schulzeit absolviert, jedoch noch keine Lehre oder weiterführende Schule abgeschlossen. 13 Personen (40.6%) haben eine Berufslehre, Gymnasium oder eine Fachma-

turitätsschule abgeschlossen und 17 Personen (53.2%) haben eine höhere Ausbildung wie eine Fachhochschule oder ein Universitätsstudium absolviert. In der Vergleichsgruppe gab es keine Person die nach der obligatorischen Schule nicht noch eine weitere Ausbildung abschloss. 32 Personen (35%) der normalgewichtigen Personen gaben an, eine Berufslehre, Gymnasial oder Fachmaturität zu haben. Die restlichen 60 Personen (65%) haben einen Universitäts- Fachhochschul oder höheren Fachschulabschluss.

Partnerschaft

Von den insgesamt 165 Probanden und Probandinnen gaben 115 (70%) an, in einer festen Partnerschaft zu leben und 50 Personen (30%) beantworteten diese Frage mit nein. In der Untersuchungsgruppe der Personen mit Adipositas lebten 20 Personen (62.5%) in einer festen Partnerschaft und 12 (37.5%) gaben an in keine feste Partnerschaft zu haben. In der Vergleichsgruppe waren 67 Personen (72.8%) in einer Partnerschaft und 25 (27.2%) lebten als Singles.

Kinder

55 Personen (33.3%) des netto Gesamtsamples haben Kinder, wobei 110 (66.7%) Personen angaben keine Kinder zu haben. Von den insgesamt 32 Personen mit Adipositas haben 14 (43.8%) Kinder und 18 (56.2%) waren kinderlos. In der Vergleichsgruppe gaben 28 (30.4%) an, Kinder zu haben, 64 Personen (69.6%) hatten zum Zeitpunkt der Befragung keine Kinder.

Psychotherapie

Von N=165 waren 25 Personen (15.2%) in Psychotherapie, 140 (84.8%) nahmen keine Psychotherapie in Anspruch. In der Gruppe der adipösen Personen befanden sich 11 Personen (34.4%) in psychologischer Behandlung und 21 (65.6%) beantworteten die Frage mit nein. Die Vergleichsgruppe der normalgewichtigen Personen wies 8 Personen (8.7%) auf, welche in Psychotherapie waren und 84 (91.3%), die zum Zeitpunkt der Erhebung keine Psychotherapie in Anspruch nahmen.

Dauer der Psychotherapie

Probandinnen und Probanden, welche zum Zeitpunkt der Umfrage eine Psychotherapie aufsuchten, haben zusätzlich die Dauer in Monaten angegeben. Der Mittelwert des Gesamtsamples (N= 165) lag bei 7 Monaten (SD= 24.4) Psychotherapie. Bei den 25 Personen,

die angaben in psychotherapeutischer Behandlung zu sein, lag der Mittelwert bei 46 Monaten (SD= 46.82).

Krankheiten

Von der Gesamtstichprobe gaben 25 (16%) Personen an, unter einer der erfragten Krankheiten zu leiden, wobei 140 Probanden und Probandinnen (84%) an keiner der Krankheiten litten. Tabelle 6 zeigt die Verteilung der Krankheiten innerhalb der Stichprobe.

Tabelle 6: Adipositas-spezifische Krankheiten in der Studienpopulation

Art der Krankheit	Häufigkeit	
	Absolut	%
Hoher Blutdruck	9	5.5%
Herz-Kreislaufprobleme	2	1.2%
Diabetes Mellitus	2	1.2%
Orthopädische Probleme	15	9.0%
Hohe Blutfettwerte	6	3.6%
Keine Krankheit	140	84.0%
Gesamt	165	100%

In der Untersuchungsgruppe der adipösen Personen gaben 12 (37.5%) an, unter einer oder mehreren der Krankheiten zu leiden. 20 Personen (62.5%) waren von keiner dieser Krankheiten betroffen. In der Vergleichsgruppe litten 7 Personen (7.6%) unter einer oder mehreren der erfragten Krankheiten und 85 (92.4%) hatten keine dieser Krankheiten.

Operationen

16 Personen (9.7%) aller Teilnehmer und Teilnehmerinnen haben eine Übergewichtsoperation hinter sich, 149 Personen (90.3%) hatten sich bis zum Zeitpunkt der Befragung keiner solchen Operation unterzogen. Folgende Tabelle fasst die Operationen zusammen.

Tabelle 7: Adipositas-spezifische Operationen in der Studienpopulation

Art der Operation	Häufigkeit	
	Absolut	%
Magenband	3	1.8%
Magenbypass	15	9.0%
Magenschlauch	1	0.6%
Keine Operation	149	90.3%
Gesamt	165	100%

In der Gruppe der adipösen Personen haben sich 10 (31.3%) einer oder mehreren solcher Operationen unterzogen und 22 Personen (68.7%) gaben an, keine Magenoperation gemacht zu haben. Eine (1%) Person der Vergleichsgruppe hat angegeben, eine Übergewichtsoperation gemacht zu haben, die restlichen 92 (99%) hatten keine dieser Operationen hinter sich. Von der Gesamtstichprobe ($N=165$) hatten insgesamt 16 Probandinnen oder Probanden eine bariatrische Operation hinter sich. Wie in Tabelle 7 ersichtlich ist, wurden insgesamt 19 operative Eingriffe angegeben, was bedeutet, dass es Probandinnen oder Probanden gab, welche mehr als eine Operation hinter sich hatten.

8.1 Darstellung der Ergebnisse

Beschreibung der Untersuchungsergebnisse/Hypothesen

Im Folgenden werden die Ergebnisse der getesteten oben beschriebenen Hypothesen deskriptiv sowie inferenzstatistisch dargestellt.

Verteilung von Selbstwirksamkeit in der Gesamtstichprobe

Tabelle 8 zeigt, dass der Mittelwert für die generelle Selbstwirksamkeitserwartung in dieser Stichprobe mit 165 eingeschlossenen gültigen Fällen bei $M=30.44$ lag mit einem $Min=12$ und $Max=40$. Der beschriebene mittlere Selbstwirksamkeitswert in der Normalbevölkerung liegt laut Schwarzer und Scholz (2000) ebenfalls um die 30 Punkte und zeigt, dass die vorliegende Stichprobe nicht vom Normwert abweicht.

Tabelle 8: Selbstwirksamkeit in der Gesamtstichprobe

Variable	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Md</i>
Selbstwirksamkeitserwartung	165	30.44	3.6	12	40	30.0

Der Mittelwert ($M= 30.44$) der Gesamtstichprobe ($N= 165$) entspricht dem Normwert nach Schwarzer und Jerusalem (1999).

Selbstwirksamkeitserwartung bei adipösen und normalgewichtigen Personen

Tabelle 9 zeigt, dass die Selbstwirksamkeitserwartung in den beiden Untersuchungsgruppen einen Gesamtmittelwert von 30.35 Punkten aufwies ($SD=3.607$). Der Median deutet darauf hin, dass mindestens die Hälfte der Probanden und Probandinnen einen Score von 30.49 erzielten. Gemäss dem T-Test unterschieden sich die beiden Gruppenmittelwerte nicht signifikant voneinander (T-Test nach Welch, für unabhängige Stichproben mit rangtransformierten Werten: $t [46.97] = 0.071, p=.944$) Demzufolge sind die Werte der Selbstwirksamkeitserwartung der beiden Gruppen vergleichbar.

Tabelle 9: Selbstwirksamkeit in der Untersuchungs- und Vergleichsgruppe

Gruppen	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Md</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>df</i>
Normalgewichtig	93	30.53	3.111	30.00	.944 _{n.s}	.071	46.97
Adipös	32	29.81	4.775	30.50			
Gesamt	125	30.35	3.607	30.49			

_{n.s}= nicht signifikant

Persönlichkeitsmerkmale (Big Five) bei adipösen und normalgewichtigen Personen

In Tabelle 10 finden sich die Werte der Persönlichkeitsdimensionen der Gesamtstichprobe. Die Mittelwerte entsprechen den Normwerten nach Borkenau und Ostendorf (2008).

Tabelle 10: Persönlichkeitsdimensionen in der Gesamtstichprobe

Variablen	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Md</i>
Neurotizismus	165	19.51	7.987	18.00
Offenheit	165	34.72	5.331	35.00
Extraversion	165	28.73	5.894	29.00
Verträglichkeit	165	33.88	5.175	34.00
Gewissenhaftigkeit	165	33.16	6.233	34.00

Wie in Tabelle 11 ersichtlich, zeigten die Untersuchungs- und Vergleichsgruppe ähnliche Gruppenmittelwerte wie die Gesamtpopulation. Beim Vergleich der einzelnen Persönlichkeitsdimensionen zwischen adipösen und normalgewichtigen Personen zeigte einzig der Faktor *Verträglichkeit* einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen (T-Test nach Welch, für unabhängige Stichproben: $t [44.63] = 2.38, p = < 0.05$). Die Effektstärke beträgt $d = 0.55$ und ist nach den Konventionen von Cohen (1988) als mittlerer Effekt zu interpretieren. Der Mittelwert von Verträglichkeit lag sowohl bei der Gruppe der Adipösen ($M = 31.75$) wie auch der Normalgewichtigen ($M = 34.47$) eher im oberen Teil des Normmittelwerts. Die übrigen Dimensionen wie Neurotizismus ($p = .121$), Offenheit ($p = .092$), Extraversion ($p = .307$) und Gewissenhaftigkeit ($p = .199$) zeigen keine signifikanten Unterschiede in der Untersuchungs- und Vergleichsgruppe.

Tabelle 11: Persönlichkeitsdimensionen bei adipösen und normalgewichtigen Personen

Variable	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Md</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>df</i>
Neurotizismus/Gruppe Adipositas	32	21.34	10.022	22.00	.121 _{n.s.}	-1.58	42.52
Neurotizismus/Gruppe Normalgewichtig	93	18.34	7.156	18.00			
Offenheit/Gruppe Adipositas	32	32.97	6.408	34.50	.092 _{n.s.}	1.72	45.05
Offenheit/Gruppe Normalgewichtig	93	35.12	5.038	35.00			
Extraversion/Gruppe Adipositas	32	27.34	7.559	28.00	.307 _{n.s.}	1.04	40.59
Extraversion Gruppe Normalgewichtig	93	28.83	4.941	29.50			
Verträglichkeit/Gruppe Adipositas	32	31.75	5.875	33.00	.022*	2.38	44.63
Verträglichkeit/Gruppe Normalgewichtig	93	34.47	4.551	35.00			
Gewissenhaftigkeit/Gruppe Adipositas	32	32.00	6.565	32.00	.199 _{n.s.}	1.30	50.53
Gewissenhaftigkeit/ Gruppe Normalgewichtig	93	33.72	6.052	34.00			

* $p < .05$, _{n.s.} = nicht signifikant

Selbstwirksamkeitserwartung und Persönlichkeitsdimensionen

Die Regressionsanalyse versucht zu erklären, inwieweit die generelle Selbstwirksamkeitserwartung durch die 5 Persönlichkeitsdimensionen erklärt werden kann. Die Dimension Verträglichkeit wurde aus dem Modell entfernt, da diese einen Suppressionseffekt aufwies. Das finale Regressionsmodell erklärt 40.3% der Gesamtvarianz der abhängigen Variable Selbstwirksamkeitserwartung ($F [4.160] = 28.628, p = .000$). Dies entspricht gemäss Cohen (1988) einem grossen Effekt und macht somit das gesamte Modell sehr brauchbar. Tabelle 12 zeigt, dass Neurotizismus die Skala ist, welche die höchste Signifikanz aufwies ($\beta = -.421, p = .000$)

und als einziger Prädiktor negativ mit der Selbstwirksamkeitserwartung korrelierte. Offenheit für Erfahrungen ($\beta=.154, p=.016$), Extraversion ($\beta=.163, p=.021$) und Gewissenhaftigkeit ($\beta=.190, p=.003$) zeigten sich ebenfalls als signifikante Prädiktoren.

Tabelle 12: Selbstwirksamkeit und Persönlichkeitsdimensionen

Abhängige Variable	Sign. Prädiktoren	Erklärungskraft Modell Korr. R ²	Beta β	t	df	F	p
Selbstwirksamkeitserwartung a		.403			4/ 160	28.621	.000***
	N		-.421	6.02			.000***
	O		.154	2.45			.016*
	E		.163	2.34			.021*
	G		.190	3.03			.003**

a. Skala rangtransformiert/ N=Neurotizismus O= Offenheit für Erfahrungen E= Extraversion G= Gewissenhaftigkeit/* $p \leq .05$, ** $p \leq .001$, *** $p \leq .0001$

9 Diskussion

Im Folgenden werden die Ergebnisse anhand der gebildeten Hypothesen aus Kapitel 6 diskutiert, um anschliessend, basierend auf dem theoretischen Hintergrund, die dargestellten Fragestellungen zu beantworten und ein Fazit daraus zu ziehen. Danach folgt eine Schlussfolgerung, in der die Ergebnisse nochmals kurz zusammengefasst werden. Eine Methodenkritik und weiterführende Überlegungen im Bezug auf die vorliegenden Ergebnisse dieser Studie schliessen diese Arbeit ab.

9.1 Zusammenfassung der Untersuchung

Ziel der vorliegenden Bachelorarbeit war es, zu untersuchen, ob sich die generelle Selbstwirksamkeit von adipösen Personen systematisch zu Normalgewichtigen unterscheidet. Zusätzlich wurde getestet, ob sich diese beiden Gruppen bezüglich der Big Five Persönlichkeitsmerkmale unterscheiden und ob einzelne Dimensionen im Zusammenhang mit der Selbstwirksamkeitserwartung stehen. Dazu wurde eine internetbasierte Umfrage durchgeführt. Die Entwicklung dieser Umfrage, wie auch die gebildeten Hypothesen basieren auf dem im Theorieteil dargelegten Stand der Forschung.

9.2 Beantwortung der Fragestellung und Interpretation

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Datenanalyse aus dem Kapitel 8, hypothesengeleitet interpretiert und diskutiert, so dass die zugrundeliegenden Fragestellungen der Untersuchung beantwortet werden konnten.

Selbstwirksamkeit bei adipösen und normalgewichtigen erwachsenen Menschen

Laut Schwarzer und Jerusalem (2002) umfasst die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung alle Lebensbereiche und soll eine optimistische Einschätzung der generellen Lebensbewältigungskompetenz zum Ausdruck bringen. Albert Bandura (1997), auf dessen Theorie das Konzept der Selbstwirksamkeit gründet, beschreibt, dass eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung in der individuellen Lerngeschichte mittels Zuschreibung von Erfolgserfahrungen auf die eigene Kompetenz und positive Bewertung durch andere entsteht. Ausgehend davon, dass adipöse erwachsene Menschen häufig Misserfolgserfahrungen machen und in unserer Gesellschaft vermehrt unter sozialer Diskriminierung leiden, könnte sich auch deren Selbstwirksamkeit verringern. Laut Müller und Saner (2008) setzen sich Adipöse oft unrealistisch hohe Ziele, die sich an Schönheitsidealen oder an den hohen Erwartungen der Ärztinnen und Ärzte orientieren. Laut den Autoren führen die durch zu hohe Erwartung vorprogrammierten und wiederholten Rückfälle (Weight-Cycling) zu einer kritischen Abnahme der Selbstwirksamkeit. Dies reduziert die Chance beträchtlich, künftig erfolgreich Veränderungen anzugehen.

Die *Haupthypothese H1* der vorliegenden Arbeit „Erwachsene Menschen mit Adipositas haben eine signifikant geringere Selbstwirksamkeitserwartung als normalgewichtige erwachsene Menschen“ muss jedoch verworfen werden, da sich die Mittelwerte der Untersuchungs- und Vergleichsgruppe nicht signifikant unterschieden. Beide Mittelwerte lagen im Normbereich der Durchschnittsbevölkerung, wobei die Gruppe der adipösen Personen einen leicht tieferen Mittelwert (29.81) als die Normalgewichtigen (30.53) aufwies. Diese Resultate bewegen sich im Rahmen der Befunde früherer Studien wie diese von Sonntag et al. (2010), welche den BMI als Mediator der Beeinflussung der generellen Selbstwirksamkeit nicht bestätigen konnte. Dieses Ergebnis lässt vermuten, dass spezifische Einflussgrößen, wie Diätstatus, soziale Unterstützung oder physische Aktivität (Bonsaksen et al., 2012; Sonntag et al., 2010) einen größeren Einfluss auf die generelle Selbstwirksamkeit haben als der aktuelle BMI-Wert alleine. Bengel & Lyssenko (2012) erwähnen in ihrer Expertise über psychologische Schutzfaktoren, dass eine Vielzahl von Studien zur Selbstwirksamkeitserwartung bestätigen, dass Personen mit hoher Selbstwirksamkeit aktive und problemorientierte Bewältigungsstrategien nutzen und ein grösseres

Durchhaltevermögen bei Rückschlägen oder Hindernissen zeigen. Gleichzeitig konnte auch mehrfach belegt werden, dass der positive Effekt einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung insbesondere bei chronischen Erkrankungen Wirkung zeigt (Schwarzer & Renner, 2000). Demnach sind Personen, die erwarten, ein gewünschtes Ergebnis durch ein bestimmtes Verhalten/eine Handlung erreichen zu können, eher geneigt, dieses Verhalten tatsächlich zu zeigen und scheinen somit auch selbstfürsorglicher zu sein. Bengel & Lyssenko (2012) stellten in der Bewertung verschiedener analysierten Studien zur Selbstwirksamkeit fest, dass die Effekte tendenziell höher waren, wenn bereichsspezifische Selbstwirksamkeitserwartungen gemessen wurden. Diese Erkenntnis lässt vermuten, dass die in der vorliegenden Bachelorarbeit untersuchte generelle Selbstwirksamkeit anhand der Skala von Schwarzer und Jerusalem (1995) das Konstrukt zu breit erfasst und somit zu einem nicht signifikanten Effekt zwischen den Gruppen beitrug.

Persönlichkeitsmerkmale (Big Five) bei adipösen und normalgewichtigen erwachsenen Personen.

Der Zusammenhang zwischen den stabilen Persönlichkeitsmerkmalen Neurotizismus, Offenheit, Extraversion, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit bei der Untersuchungs- und Vergleichsgruppe wurde anhand des bewährten NEO-Fünf-Faktoren-Inventar nach Costa und McCrae (2008) gemessen.

Die *weitere Hypothese H2* „Menschen mit Adipositas unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich den Persönlichkeitsmerkmalen gegenüber normalgewichtigen Menschen“ konnte nur teilweise bestätigt werden. Die vorliegenden Daten unterstützen die Hypothese nicht vollumfänglich, da nur die Dimension der *Verträglichkeit* gemäss dem T-Test einen signifikanten Unterschied zwischen der Untersuchungs- und Vergleichsgruppe aufwies. Die deskriptive Auswertung der Daten zeigte in allen fünf Persönlichkeitsdimensionen vergleichbare Mittelwerte mit der Durchschnittsbevölkerung. Mit Ausnahme des Neurotizismus zeigte jedoch die Gruppe der adipösen Personen in allen Dimensionen niedrigere Werte als die Normalgewichtigen. Diese Ergebnisse sind teilweise vergleichbar mit den Befunden von Provencher et al. (2008). Die Autorinnen und Autoren untersuchten eine nicht klinische Population von adipösen und übergewichtigen erwachsenen Frauen bezüglich den stabilen Persönlichkeitsmerkmalen Neurotizismus, Offenheit, Extraversion, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit. Da der Anteil Frauen der Untersuchungsgruppe in der vorliegenden Studie sehr hoch war (84,4%) und diese ebenfalls an einer nicht klinischen Population durchgeführt wurde, lassen sich die beiden Studien gut vergleichen. Provencher et al. (2008) fanden im Gegensatz zur vorliegenden Bachelorarbeit einzig signifikante Korrelationen zwischen dem BMI und der Gewissenhaftigkeit. Der erzielte Mittelwert der Dimension Verträglichkeit war jedoch in der

Studie von Provencher et al. auch im oberen Range des Durchschnittswerts der Normalbevölkerung. Dieser erhöhte Wert schränkt zwar die Generalisierbarkeit der Resultate ein, lässt jedoch trotzdem eine Interpretation zu. Die Dimension *Verträglichkeit* umschreibt Einstellungen und gewohnheitsmässige Verhaltensweisen in sozialen Beziehungen. Eine Person mit hohen Werten in dieser Skala begegnet anderen mit Wohlwollen und Mitgefühl, wobei Altruismus ein zentrales Merkmal ist. Bei der hier untersuchten Studienpopulation zeigte sich, dass normalgewichtige erwachsene Personen signifikant verträglicher waren als adipöse Personen, welche jedoch auch hohe Verträglichkeitswert aufwiesen. Dieser Befund könnte damit erklärt werden, dass eine Grosszahl der normalgewichtigen Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer Psychologie- Studierende waren, was ein erhöhtes Interesse an zwischenmenschlichen wohlwollenden Beziehungen implizieren könnte. Die hier gefundenen Ergebnisse untermauern die Hypothese, dass es hinsichtlich der Persönlichkeitsmerkmale keine bedeutsamen Unterschiede zwischen Normalgewichtigen und Adipösen gibt und somit diesbezüglich keine Beziehung zwischen dem reinen BMI und der Persönlichkeit besteht. Die Autorin wertet die gefundene Signifikanz der Dimension *Verträglichkeit* zwischen den Gruppen als wenig aussagekräftig, da der Effekt auf die Stichprobe zurückzuführen ist.

Selbstwirksamkeitserwartung und Persönlichkeitsdimensionen

Die *weitere Hypothese H3* „Es gibt einen signifikanten Zusammenhang mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen und der generellen Selbstwirksamkeitserwartung“ konnte bestätigt werden. Die Variable *Verträglichkeit* wurde als Suppressor identifiziert und somit aus der Regressionsgleichung ausgeschlossen. Die Ergebnisse zeigen, dass die 4 getesteten Persönlichkeitsdimensionen Neurotizismus, Extraversion, Gewissenhaftigkeit und Offenheit in einem hohen Mass zur Vorhersage der generellen Selbstwirksamkeitserwartung beitragen können. Neurotizismus zeigte den grössten Effekt und hatte als einzige Dimension negativ mit der Selbstwirksamkeit korreliert. Daraus kann interpretiert werden, dass Personen mit einem hohen Neurotizismus eine geringere Selbstwirksamkeitserwartung haben als solche, die weniger neurotisch sind. Die positiven Korrelationen zwischen der Selbstwirksamkeit, und den übrigen Dimensionen zeigen, dass die Ausprägung der Gewissenhaftigkeit, Extraversion und Offenheit einen signifikanten Einfluss auf die generelle Selbstwirksamkeit hat.

Die vorliegenden Daten unterstützen die Resultate aus der Studie von Strobel et al. (2011), welche mit den selben Messinstrumenten getestet haben, wie in der vorliegenden Bachelorarbeit. Die Forschergruppe fand zwar leicht höhere Korrelationen zwischen den Persönlichkeitsdimensionen und der Selbstwirksamkeit, wobei *Verträglichkeit* die einzige nicht signifi-

kante Variable war. Die Mediationsanalyse von Strobel et al. (2011) konnte die Selbstwirksamkeit klar als Mediator zwischen der Persönlichkeit und der subjektiven Lebenszufriedenheit belegen. Das aus dieser Arbeit hervorgehende Resultat lässt keine Aussage über eine Mediator-Rolle der Selbstwirksamkeit zu. Dennoch konnte anhand der Regressionsanalyse gezeigt werden, dass es einen deutlichen linearen Zusammenhang der Big Five Persönlichkeitsdimensionen und der generellen Selbstwirksamkeit gibt.

9.3 Schlussfolgerung

In dieser Studie konnte gezeigt werden, dass sich adipöse Menschen sowohl in ihrer generellen Selbstwirksamkeitserwartung, wie auch in der Ausprägung der Persönlichkeitsmerkmale nicht statistisch signifikant von normalgewichtigen Menschen unterscheiden.

Adipösen Menschen werden in unserer Gesellschaft oft negative Eigenschaften wie Faulheit oder Willensschwäche zugeschrieben. Es wird von immensen Krankheitskosten geredet, die durch Adipositas oder vielmehr durch die Folgeerkrankungen entstehen. Solche Kostenaufstellungen werden in öffentlichen Medien und politischen Diskussionen angeführt, wenn es um das Problem der „Fettleibigkeit“ geht. Wie auch im Anfangszitat vom Präsidenten der schweizerischen Adipositas Gesellschaft (SAPS) Henrich von Grünigen beschrieben, werden adipöse Menschen vielfach als eine homogene Gruppe dargestellt. Der Blick auf die einzelne Leidensgeschichte und die vielfach verminderte Lebensqualität dieser Menschen geht dabei häufig verloren.

Der Begriff der Selbstwirksamkeit ist von Albert Bandura in die Fachliteratur eingeführt worden und hat in der Forschung zunehmend an Bedeutung gewonnen. Die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung umfasst alle Lebensbereiche und bringt eine Einschätzung der generellen Lebensbewältigungskompetenz zum Ausdruck.

Dass sich in der vorliegenden Studie die Gruppe der adipösen Personen hinsichtlich der generellen Selbstwirksamkeitserwartung nicht von der Vergleichsgruppe der normalgewichtigen Personen unterschied, lässt vermuten, dass Adipöse nicht generell weniger überzeugt sind unter bestimmten Bedingungen ein bestimmtes Ziel im Leben zu erreichen. Vielmehr scheinen aktuelle Lebensbedingungen, psychische Komorbiditäten wie eine BED oder individuelle Vulnerabilitätsfaktoren ausschlaggebend für die Einschätzung der eigenen Selbstwirksamkeit zu sein. Der BMI alleine reicht demnach nicht aus, um Unterschiede zwischen adipösen und normalgewichtigen Menschen zu belegen. Diese Erkenntnis ist für die Disziplin der Psy-

chologie von wesentlicher Bedeutung, da in einer psychologischen Behandlung individuell und spezifisch auf die einzelne Person eingegangen werden kann.

Viele Studien schreiben jedoch der Selbstwirksamkeit eine herausragende Bedeutung zu, da sie sich empirisch als sehr starker Prädiktor für Selbstregulationsprozesse herausgestellt hat. Daher ist die Förderung von Selbstwirksamkeit eine viel versprechende Massnahme mit einem breiten Wirkungsbereich im Hinblick auf Motivation, Lernen, Leistung und der Entwicklung von intrinsischer Motivation.

Die Ergebnisse dieser Studie hinsichtlich den stabilen Persönlichkeitsdimensionen Big Five legen nahe, dass es nicht die adipöse und die normalgewichtige Persönlichkeit gibt. Vielmehr entsprechen die Resultate der eingangs erläuterten humanistischen Betrachtung eines Menschen, wonach eine Person nicht als Objekt sondern als selbstbestimmtes Individuum definiert wird, welches Verantwortung für die eigene Gesundheit übernimmt und versucht für sein Wohlbefinden zu sorgen.

Die vorliegende Bachelorarbeit konnte Zusammenhänge zwischen der Selbstwirksamkeit und der Ausprägung der Persönlichkeit vorweisen. Bei den Big Five handelt es sich um stabil schlecht veränderbare Eigenschaften. Die Selbstwirksamkeit hingegen lässt sich nach heutigem Stand der Forschung verändern, und lässt sich somit als therapeutisch gutes Arbeitsmittel verwenden, um die psychische Widerstandskraft (Resilienz) eines Menschen zu stärken.

Psychotherapie kann als zentrale Massnahme angesehen werden, um Motivation und Fertigkeit zur langfristigen Veränderung von Ernährungs- und Bewegungsverhalten zu erreichen. Somit sollten auch vermehrt bei der Behandlung von Adipositas psychologische Ansätze und Therapien miteinfließen. Man muss allerdings auch die Grenzen einer psychotherapeutischen Behandlung akzeptieren und gerade bei der morbidem Adipositas frühzeitig an Behandlungsmöglichkeiten anderer Fachdisziplinen denken.

Im psychologischen Kontext hat sich in verschiedenen Studien evident gezeigt, dass sich gewichtsbezogene Stigmatisierung und Diskriminierungen negativ auf das psychische Wohlbefinden auswirken. Daher können alleine schon Aufklärung, Prävention und die individuelle Betrachtung jedes einzelnen Menschen mit Adipositas zur psychischen Gesundheit beitragen. Es liegt daher auch in der Verantwortung der Psychologie, dem Thema Adipositas vermehrt Aufmerksamkeit zu schenken und wissenschaftliche Beiträge zu diesem Thema zu leisten.

9.4 Methodenkritik

Da die vorliegende Studie auf dem Design einer Querschnittsstudie basiert, stellen die Ergebnisse eine „Momentaufnahme“ dar und lassen keine Aussagen zur Kausalität zu. Bei Adipositas handelt es sich um ein schambesetztes und empfindliches Thema. Demnach kann bei den teilnehmenden adipösen Probanden und Probandinnen eine positive Selektion (Selektionsbias) vorliegen. Da die Daten ausschliesslich auf subjektiven Selbsteinschätzungen basieren, kann eine Antwortverzerrung im Sinne ‚sozialer Erwünschtheit‘ nicht ausgeschlossen werden. Die Grösse der Stichprobe der Untersuchungs ($n=32$)- und Vergleichsgruppe ($n=93$) ist für einen Bachelorarbeitsanspruch erfüllt. Die beiden Gruppen unterschieden sich signifikant voneinander, was mit der Zugänglichkeit zum Feld und der Bereitschaft, an einer Studie mitzumachen erklärt werden kann. Die Gruppe der Normalgewichtigen stellte sich hauptsächlich aus Psychologiestudierenden der ZHAW zusammen, was den angestrebten naturalistischen Charakter der Studie etwas schmälert. Die Geschlechterverteilung zeigte sich in beiden Gruppen ähnlich unausgeglich, was sich nicht mit den epidemiologischen Daten von Adipositas deckt und somit auch bei der Interpretation der Ergebnisse mitgedacht werden muss. Eine Stärke dieser Studie sind die international etablierten Messinstrumente, so dass von einer guten Validität und Reliabilität der erhobenen Befunde auszugehen ist.

Die Erfassung der Adipositas, wie auch des Normalgewichts beruhte auf Selbstangaben zu Gewicht und Körpergrösse, die gemäss Bruffaerts et al. (2008) meistens eine Diskrepanz zu den objektiven Daten aufweisen. Weiterhin muss kritisch angemerkt werden, dass mit der Bestimmung des BMI lediglich ein Hauptzielkriterium festgelegt wurde, was der Komplexität der Beschwerden von adipösen Menschen nicht gerecht wird. Zur Operationalisierung der Adipositas in der vorliegenden Studie schien der BMI Index jedoch das einzige Mittel der Wahl zu sein, da die Studie mittels eines Onlinefragebogens durchgeführt wurde.

Personen mit Adipositas stellen eine sehr heterogene Gruppe dar, innerhalb derer die Belastungen in Verbindung mit dem Übergewicht stark variieren. Diesen Untergruppen konnte anhand des Forschungsdesigns nicht in allen Punkten Rechnung getragen werden. Vor allem die wichtige Unterteilung in Adipöse mit und ohne BED fehlt in der vorliegenden Arbeit.

Bei vielen Studien werden Übergewicht und Adipositas zusammen erhoben und ausgewertet. Aus diesem Grund konnte im theoretischen Teil dieser Studie Übergewicht und Adipositas nicht strikte voneinander getrennt betrachtet werden. In dieser Studie wurde die Gruppe der Übergewichtigen mittels Bestimmung des BMI-Werts ausgeschlossen. Diese harte Grenze entspricht jedoch nicht der Realität, wo der Übergang zwischen Adipositas und Übergewicht

eher weich und fliegend scheint. Wie auch die Resultate dieser Studie gezeigt haben, scheint der BMI zur Unterscheidung von psychologischen Faktoren zwischen zwei Gruppen nicht der ideale Wert zu sein. Im Sinne der erläuterten humanistischen Sichtweise zur Betrachtung eines Menschen, könnten ergänzende qualitative Interviews mit adipösen und normalgewichtigen Personen zu wertvollen und aufschlussreichen Ergänzungen beitragen.

Die hier durchgeführte Studie bezieht sich auf die Schweiz und kann deshalb nicht ohne weitere Vorbehalte auf den Rest Europas übertragen werden.

9.5 Weiterführende Überlegungen

In einer weiteren Arbeit wäre es sinnvoll, spezifische Selbstwirksamkeitserwartungen, wie etwa die gewichtsbezogene Selbstwirksamkeit zu untersuchen. Ebenso wäre es spannend, Längsschnittstudien durchzuführen, um zu testen, ob sich die Selbstwirksamkeit von adipösen im Verlauf einer Therapie verändert.

Friedli (2006) schreibt in ihrer Schlussbetrachtung, dass es sich bei der mangelhaften Befundlage zu psychischen Unterschieden zwischen Adipösen und Nicht-Adipösen um einen methodischen Fehler handelt, insofern nicht auf die Heterogenität der Gruppe der Adipösen eingegangen wird. Sie legt nahe, dass diskriminierende Gruppenfaktoren zwischen Adipösen und Nicht-Adipösen wahrscheinlich nicht das zugrundeliegende Körpergewicht ist, sondern die Zuordnung zu einer erfolgreichen, gewichtsstabilen und einer eher erfolglosen gewichtsunstabilen Subgruppe. Um diesen Unterschieden gerecht zu werden, wäre es sinnvoll, vermehrt Wert auf die einzelnen Entstehungs- und Verlaufsgeschichten zu legen, um nicht zuletzt auch der Diskriminierung und Stigmatisierung entgegenzuwirken.

Aufgrund belegter psychischer und physischer Komorbiditäten und Komplikationen bestehen erhebliche Defizite im Bezug auf die Lebensqualität, Leistungsfähigkeit und Lebenserwartung eines adipösen Menschen. Es ist jedoch nicht nur das Gesundheitssystem und die Medizin gefordert, das „Problem“ Adipositas einzudämmen, es sollten vermehrt auch psychologische Ansatzpunkte bezüglich Ätiologie und Behandlung miteinbezogen und weiter erforscht werden.

Literatur

- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. doi: 10.1016/0749-5978(91)90020
- Armitage, C. J. & Conner, M. (1999). Distinguishing Perceptions of control from self-efficacy: Predicting consumption of a low-fat diet using the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 29(1), 72-90. doi: 10.1348/014466699164022
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy the exercise of control*. New York: Freeman.
- Bauman, A. E., Reis, R. S., Sallis, J. F., Wells, J. C., Loos, R. J. F. & Martin, B. W. (2012). Correlates of physical activity: Why are some people physically active and others not?. *Lancet*, 380, 258-271. doi:10.1016/S0140-6736(12)60735-1
- Becker, E. S., Margraf, J., Turke, V., Soeder, U. & Neumer, S. (2001). Obesity and mental illness in a representative sample of young woman. *International Journal of Obesity*, (25), 55-59.
- Bengel, J. & Lyssenko, L. (2012). *Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter. Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter*. (Fachheftreihe, Band 43). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Beutel, M.E. (2006) *Einflussgrößen auf Gewichtsveränderung bei Patienten mit extremem Übergewicht*. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.
- Bezzola, M. (2014). *Adipositas und Körperbild: Unterschiede im Körperbild von adipösen und normalgewichtigen Personen*. Bachelorarbeit (unveröffentlicht), Zürich: ZHAW, Departement Psychologie.
- Bodenheimer, T., Lorig, K., Homan, H. & Grumbach, K. (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*, 288(19), 2469-2475. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1001/jama.288.19.2469>
- Bonsaksen, T., Lerdal, A. & Fagermoen, M. S. (2012). Factors associated with self-efficacy in persons with chronic illness. *Scandinavian Journal of Psychology*, 53(4), 333-339. doi:10.1111/j.1467-9450.2012.00959.

- Borkenaue, P. & Ostendorf, F. (2008). *NEO-Fünf-Faktoren-Inventar nach Costa und McCrae* (2., neu norm. und vollst. überarb. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Branca, F., Nikogosian, H. & Lobstein, T. (2007). *Die Herausforderung Adipositas und Strategien zu ihrer Bekämpfung: Zusammenfassung*. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa.
- Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Vilagut, G., Martinez, M., Bonnewyn, A., De Graaf, R., . . . Alonso, J. (2008). The relation between body mass index, mental health and functional disability: A european population perspective. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(10), 679-688.
- Devlin, M. J., Yanovski, S. Z. & Wilson, G. T. (2000). Obesity: What mental health professionals need to know. *American Journal of Psychiatry*, (157), 854-866. doi: 10.1176/appi.ajp.157.6.854
- Dierk, J. M., Conradt, M., Schlumberg, P., Hebebrand, J. & Rief, W. (in press). Subjektive well-being among obese people: A longitudinal study on the role of self-efficacy, social support, and weight-related predictors. *Journal of Health Psychology*.
- Dingesmans, A. E., Bruna, M. J. & van Furth, E. F. (2002). Binge eating disorder: A review. *International Journal of Obesity*, 26, 299-307. doi: 10.1038/sj/ijo/0801949
- Ellrot, T. & Pudiel, V. (1998). *Adipositas therapie*. Stuttgart: Thieme.
- Ehlert, U. (2003). *Verhaltensmedizin*. Berlin: Springer.
- Fogelholm, M. & Kukkonen-Harjula, K. (2000). Does physical activity prevent weight gain - a systematic review. *Obesity Reviews*, 1, 95-111. doi: 10.1046/j.1467-789x.2000.00016
- Friedli, J. (2006). *Übergewicht und Psyche: Inkongruenzniveau und Rückfall bei Adipositas*. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.
- Friedman, K. E., Reichmann, S. K., Costanzo, P. R., Zelli, A., Ashmore, J. A. & Musante, G. J. (2005). Weight stigmatization and ideological beliefs: Relation to psychological functioning in obese adults. *Obesity Research*, 13, 907-916. doi: 10.1177/1359105309355339
- Gallant, S.J., Puryear, K.G. & Royak-Schaler, R. (1997). *Health care for woman: Psychological, social, and behavioral influences*. Washington: American Psychological Association.

- Gollwitzer, P. M. & Brandstätter, V. (1997). Implementation intentions and effective goal pursuit. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 186-199. doi: 10.1177/0146167207311201
- Hauner, H., Buchholz, G., Hamann, A., Husemann, B., Koletzko, B., Liebermeister, H., . . . Wolfram, G. (2006). *Evidenzbasierte Leitlinie: Prävention und Therapie der Adipositas* : Deutsche Adipositas-Gesellschaft.
- Hebebrand, J., Dabrock, P., Lingenfelder, M., Mand, E., Rief, W. & Voigt, W. (2004). Ist Adipositas eine Krankheit? Interdisziplinäre Perspektiven. *Deutsches Ärzteblatt*, (101, A), 2468-2474.
- Herpertz, S., De Zwaan, M. & Zipfel, S. (2008) *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. Heidelberg: Springer.
- Herpertz, S., Burgmer, R., Stang, A., de Zwaan, M., Wolf, A. M., Chen-Stute, A., . . . Senf, W. (2006). Prevalence of mental disorders in normal-weight and obese individuals with and without weight loss treatment in a german urban population. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 95-103.
- Hilbert, A., Dierk, J. M., Conradt, M., Hebebrand, J., & Rief, W. (2006). Geschlechterunterschiede im psychologischen Funktionsniveau bei adipösen Erwachsenen. *Aktuelle Ernährungsmedizin*, 31, 260. doi: 10.1055/s-2006-954471
- Hilbert, A., Rief, W. & Dabrock, P. (2008) *Gewichtige Gene: Adipositas zwischen Prädisposition und Eigenverantwortung*. Bern: Hans Huber
- Judge, T. A. & Illies, R. (2002). Relationship of personality to performance motivation: A meta-analytic review. *Journal of Applied Social Psychology*, 87, 797-807. doi: 10.1037//0021-9010.87.4.797
- Lakka, H. M., Laaksonen, D. E., Lakka, T. A., Niskanen, L. K., Kumpusalo, E., Toumilehto, J. & Salonen, J. T. (2002). The metabolic syndrome and total and cardiovascular disease mortality in middle-aged men. *Journal of American Medical Association*, 288(21), 2709-2716. doi: 10.1001/jama.288.21.2709.
- Lehrke, S. & Laessle, R. (2003). Adipositas. In U. Ehler (Hrsg.), *Verhaltensmedizin*, (S.497-529). New York: Springer.

- Liebermeister, H. (2002). *Adipositas: Ursachen, Diagnostik, moderne Therapieoptionen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Luszczynska, A., GutierrezDona, B., & Schwarzer, R. (2005). Allgemeine Selbstwirksamkeit in verschiedenen Funktionsbereichen: Evidenz aus fünf Ländern. *International Journal of Psychology*, 40(2), 80-89.
- Mackenbach, J. & Kunst, A. (1994). Health and social inequality in europe. Classification used in paper was misleading. *British Medical Journal*, (309), 57.
- McElroy, S. L., Kotwal, R., Malhotra, S., Nelson, E. B., Keck, P. E. & Nemeroff, C. B. (2004). Are mood disorders and obesity related? A review for the mental health professional. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 634-651.
- Monteiro, C., Moura, E., Conde, W. & Popkin, W. (2004). Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: A review. *Bulletin of the World Health Organisation*, (82), 940-946. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Munsch, S. & Beglinger, C. (2005) *Obesity and binge eating disorder* (Bibliotheca Psychiatrica, No. 171) Basel: Karger.
- Müller, B. & Saner, H. (2008). Wie motiviere ich den Patienten zur Veränderung. *Schweiz Med Forum*, 8(35), 626-631.
- Myers, A., & Rosen, J. C. (1999). Obesity stigmatization and coping: Relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem. *International Journal of Obesity*, (23), 221-230.
- Ochsner, S., Scholz, U. & Hornung, R. (2013). Überprüfung phasenspezifischer Selbstwirksamkeitsüberzeugungen im Kontext der Essverhaltensänderung. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 5(1), 99-117. doi: 10.1111/j.1758-0854.2012.01079
- Petermann, F. & Pudel, V. (2003). *Übergewicht und Adipositas*. Göttingen: Hogrefe.
- Poston, W. S. C. & Foreyt, J. P. (1999). Obesity is an environmental issue. *Atherosclerosis*, (146), 201-209.

- Power, C. (1994). Health and social inequality in Europe. *British Medical Journal*, (308), 1153-1156.
- Provencher, A., Bégin, C., Gagnon-Girouard, M. P., Tremblay, A., Boivin, S. & Lemieux, S. (2008). Personality traits in overweight and obese women: Associations with BMI and eating behaviors. *Eating Behaviors*, 9, 294-302. doi:10.1016/j.eatbeh.2007.10.004
- Pudel, V. (2001). Psychologische Ansätze in der Adipositas therapie. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 44, 954-959.
- Pudel, V. (2003). *Adipositas*. Göttingen: Hogrefe.
- Puhl, R. M. & Brownell, K. D. (2001). Bias, discrimination, and obesity. *Obesity Research*, 9, 788-805.
- Rief, W. & Hilbert, A. (2008). Ist Adipositas eine Krankheit? Überlegungen aus psychologischer Sicht. In A. Hilbert, W. Rief & P. Dabrock (Hrsg.), *Genichtige Gene: Adipositas zwischen Prädisposition und Eigenverantwortung* (S.123-135). Bern: Hans Huber
- Rosenstock, I. M. (1985). Understanding and enhancing patient compliance with diabetic regimens. *Diabetes Care*, 8(6), 610-616.
- Sass, H., Wiitschen, H., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen-Textrevisi on- (DSM-IV-TR, deutsche Bearbeitung)*. Göttingen: Hogrefe.
- Schneider, H. & Schmid, A. (2004). *Die Kosten der Adipositas in der Schweiz. Schlussbericht für Bundesamt für Gesundheit (BAG)*. Bern.
- Scholz, U., Sniehotta, F. F. & Schwarzer, R. (2005). Predicting physical exercise in cardiac rehabilitation: The role of phase-specific self-efficacy beliefs. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 27, 135-151.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1995). Generalized self-efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright & M. Johnston (Hrsg.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (S. 35-37). Windsor, UK: Nfer-Nelson.

- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (2002). *Das Konzept der Selbstwirksamkeit*. In M. Jerusalem, & D. Hopf (Hrsg.), *Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen* (Zeitschrift für Pädagogik, 44. Beiheft Trans.). (S. 28-53). Weinheim: Beltz.
- Schwarzer, R. & Scholz, U. (2000). Cross-cultural assessment of coping resources: The general perceived self-efficacy scale. *Health Psychology and Culture*, Tokyo, Japan.
- Schwarzer, R. (1994). Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personellen Bewältigungsressource. *Diagnostica*, 2(40), 105-123.
- Schwarzer, R. (1996). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. & Renner, B. (2000). Sozial-kognitive Prädiktoren des Gesundheitsverhaltens: Handlungsselbstwirksamkeit und Bewältigungsselbstwirksamkeit. *Health Psychology*, 19(5), 487-495.
- Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012. Übersicht*. (2013). Neuchâtel: Eidgenössisches Departement des Innern EDI. Bundesamt für Statistik.
- Sheeran, P. (2005). Intention-behavior relations: A conceptual and empirical review. *European Review of Social Psychology*, 12(1), 1-36. doi:10.1080/14792772143000003
- Smith, D. E., Marcus, M. D., Lewis, C. E., Fitzgibbon, M. L. & Schreiner, P. (1998). Prevalence of binge eating disorder, obesity, and depression in a biracial cohort of young adults. *Annals of Behavioral Medicine*, 20, 227-232.
- Sobal, J. & Stunkard, A. (1998). Socioeconomic status and obesity: A review of the literature. *Psychological Bulletin*, (105), 260-275.
- Sonntag, U., Esch, T., von Hagen, L., Renneberg, B., Braun, V. & Heintze, C. (2010). Locus of Control, Selbstwirksamkeit und Attributionstendenzen bei übergewichtigen Patienten - Implikationen für die Primärversorgung. *Medical Science Monitor*, 16(7).

- SPSS. (2012). Version 20 [Computer Software]. Chicago: SPS Inc.
- Stevens, J. (1998). Studies if the impact of age on otimal body weight. *Journal of Nutritional Biochemistry*, 9, 501-510.
- Strobel, M., Tumasjan, A. & Spörrle, M. (2011). Be yourself, believe in yourself, and be happy: Self-efficacy as a mediator between personality factors and subjective well-being. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52, 43-48. doi:10.1111/j.1467-9450.2010.00826
- Stunkard, A. J., Foch, T. T. & Hrubec, Z. (1986). A twin study of human obesity. *Journal of American Medical Association*, 256, 51-54.
- Stunkard, A. J., Harris, J. R., Pedersen, N. L. & McClearn, G. E. (1990). *New England Journal of Medicine*, 322, 1483-1487.
- Swinburn, B. & Egger, G. (2004). The runaway weight gain train: Too many accelerators, not enough brakes. *British Medical Journal*, 329, 736-739. doi: 10.1136/bmj.329.7468.736
- Swinburn, B. & Ravussin, E. (1993). Energy balance or fat balance? *American Journal of Clinical Nutrition*, 57, 766-771.
- Toman, E. (2009). *Mehr Ich, weniger Waage*. Oberhofen am Thunersee: Zytglogge.
- Tuschen-Caffier, B., Pook, M. & Hilbert, A. (2005). *Diagnostik von Essstörungen und Adipositas*. Göttingen: Hogrefe.
- Tuschen-Caffier, B. & Schlüssel, C. (2005). Binge eating disorder: A new eating disorder or an e-piphenomenon of obesity? In S. Munsch, & C. Beglinger (Hrsg.), *Obesity and binge eating disorder* (Bibliotheca Psychiatrica, No. 171 ed., S. 138-148). Basel: Karger.
- Vila, G., Zipper, E., Dabbas, M., Bertrand, C., Robert, J. J., Ricour, C. & Mouren-Simeoni, M.C. (2004). Mental disorders in obese children and adolescents. *Psychosomatic Medicine*, 66, 387-394.
- Von Grünigen, H. (2009). Vorwort. In E. Toman (Hrsg.), *Mehr ich, weniger Waage* (S. 11-12). Oberhofen am Thunersee: Zytglogge.
- Warschburger, P. & Petermann, F. (2008). *Adipositas*. Göttingen: Hogrefe.

- Weinman, J., Wright, S. & Johnston, M. *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs*. Windsor : Nfer-Nelson.
- Whitley, B. E. & Kite, M. E. (2006). *The psychology of prejudice and discrimination*. Belmont: Thomson Wadsworth.
- Wilfley, D. E., Wilson, G. T. & Agras, W. S. (2003). The clinical significance of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorder*, (34), 96-106.
- Wiltink, J. (2006). In Prof. Dr. M.E. Beutel (Hrsg.), *Einflussgrößen auf Gewichtsveränderung bei Patienten mit extremem Übergewicht*. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.
- Wing, R. R. & Klem, M. L. (1997). Obesity. In S.J. Gallant, K.G. Puryear & R. Royak-Schaler (Eds.), *Health care for woman: Psychological, social, and behavioral influences* (S.115-131). Washington: American Psychological Association.
- Wirsching, C. (2010). *Selbstwirksamkeit und postoperative psychische Prozesse nach ICD-Implantation*. (unveröffentlichte Doktorarbeit). Universität Zürich, Zürich.
- Wirth, A. (2008). Ätiologie und Diagnostik der Adipositas. In S. Herpertz, M. de Zwaan, S. Zipfel. (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (S. 246-254) Heruntergeladen von <http://www.mylibrary.com?ID=187625>
- Zaudig, M. & Trautmann, R. D. (2006). *Therapielexikon, Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. Berlin: Springer.

Anhang

Anhang A Online Fragebogen

Anhang A

Willkommen zur Umfrage über Körperbild und Persönlichkeit.

Herzlichen Dank, dass Sie an der Studie im Rahmen unserer Bachelorarbeit teilnehmen.

Das Ausfüllen der Umfrage wird ca. 10-15 Minuten dauern.

Madlaina Bezzola

Franziska Jeker

Um an dieser Studie teilnehmen zu können, ist es notwendig, dass Sie ihr Einverständnis geben.

Bitte lesen Sie folgende Punkte durch:

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich an einer psychologischen Studie teilnehme.
Meine Daten werden vertraulich behandelt. Die Auswertung meiner Daten erfolgt ausschliesslich zu statistischen Zwecken und anonym.
Die Daten, welche im Rahmen der Studie über mich erhoben werden, dürfen für weitere Forschungsprojekte verwendet werden. Auch für diese weiteren Forschungsprojekte gilt die Zusicherung der Anonymität.
Mir wird eine Kontaktperson angegeben, der ich jederzeit Fragen zur Studie stellen kann.
Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig.

- Ich erkläre mich mit den oben genannten Punkten einverstanden.
- Nein, ich erkläre mich mit den oben genannten Punkten nicht einverstanden.

Geschlecht

- weiblich
- männlich

Welches ist Ihre höchste abgeschlossene Schulbildung?

- Obligatorische Schulzeit
- Berufslehre, Gymnasium, Fachmittelschule
- Universität, Fachhochschule, Höhere Fachschule
- Anderes

Leben Sie in einer festen Partnerschaft?

- Ja
- Nein

+

+

Haben Sie Kinder?

- Ja
- Nein

Sind Sie zurzeit in psychotherapeutischer Behandlung?

- ja, seit (bitte in Monaten angeben)
- nein

Leiden Sie unter einer oder mehreren der folgenden Krankheiten/Symptome?

- Hoher Blutdruck
- Herzerkrankungen
- Diabetes
- Orthopädische Probleme
- Hohe Blutfettwerte
- Keine

Haben Sie sich einer der folgenden Übergewichtsoperationen unterzogen?

- Magenband
- Magenbypass
- Magenschlauch
- Andere
- Keine

+

+

Dieser Fragebogen enthält Aussagen, welche sich zur Beschreibung ihrer eigenen Person eignen könnten. Lesen Sie bitte jede dieser Aussagen aufmerksam durch und überlegen Sie, ob diese Aussage auf Sie persönlich zutrifft oder nicht.

Es gibt bei diesem Fragebogen keine "richtigen" oder "falschen" Antworten. Sie erfüllen den Zweck der Befragung am besten, indem Sie die Fragen so wahrheitsgetreu wie möglich beantworten.

Lassen Sie keine Aussage aus. Auch wenn Ihnen einmal die Entscheidung schwer fallen sollte, kreuzen Sie trotzdem immer eine Antwort an.

	Starke Ablehnung	Ablehnung	Neutral	Zustimmung	Starke Zustimmung
Ich bin nicht leicht beunruhigt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe gerne viele Leute um mich herum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich mag meine Zeit nicht mit Tagträumereien verschwenden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich versuche zu jedem, dem ich begegne, freundlich zu sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich halte meine Sachen ordentlich und sauber.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich anderen oft unterlegen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin leicht zum Lachen zu bringen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich finde philosophische Diskussionen langweilig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bekomme häufiger Streit mit meiner Familie und meinen Kollegen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann mir meine Zeit recht gut einteilen, so dass ich meine Angelegenheiten rechtzeitig beende.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Starke Ablehnung	Ablehnung	Neutral	Zustimmung	Starke Zustimmung
Wenn ich unter starkem Stress stehe, fühle ich mich manchmal, als ob ich zusammenbräche.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich halte mich nicht für besonders fröhlich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mich begeistern die Motive, die ich in der Kunst und in der Natur finde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manche Leute halten mich für selbstsüchtig und selbstgefällig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin kein systematisch vorgehender Mensch.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich selten einsam und traurig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich unterhalte mich wirklich gerne mit anderen Menschen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich glaube, dass es Schüler nur verwirrt und irreführt, wenn man sie Rednern zuhören lässt, die kontroverse Standpunkte vertreten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich würde lieber mit anderen zusammenarbeiten als mit ihnen zu wetteifern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich versuche, alle mir übertragenen Aufgaben sehr gewissenhaft zu erledigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

+

+

	Starke Ablehnung	Ablehnung	Neutral	Zustimm- ung	Starke Zustimm- ung
Ich fühle mich oft angespannt und nervös.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin gerne im Zentrum des Geschehens.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Poesie beeindruckt mich wenig oder gar nicht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Im Hinblick auf die Absichten anderer bin ich eher zynisch oder skeptisch.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe eine Reihe von klaren Zielen und arbeite systematisch auf sie zu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manchmal fühle ich mich völlig wertlos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich ziehe es gewöhnlich vor, Dinge alleine zu tun.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich probiere oft neue und fremde Speisen aus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich glaube, dass man von den meisten Leuten ausgenutzt wird, wenn man es zulässt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich verträdele eine Menge Zeit, bevor ich mit der Arbeit beginne.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Starke Ablehnung	Ablehnung	Neutral	Zustimm- ung	Starke Zustimm- ung
Ich empfinde selten Furcht und Angst.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe oft das Gefühl, von Energie überzuschäumen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich nehme nur selten Notiz von den Stimmungen oder Gefühlen, die verschiedene Umgebungen hervorrufen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die meisten Menschen, die ich kenne, mögen mich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich arbeite hart, um meine Ziele zu erreichen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich ärgere mich oft darüber, wie andere Leute mich behandeln.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin ein fröhlicher, gut gelaunter Mensch.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich glaube, dass wir bei ethischen Entscheidungen auf die Ansichten unserer religiöser Autoritäten achten sollten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manche Leute halten mich für kalt und berechnend.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich eine Verpflichtung eingehe, so kann man sich auf mich bestimmt verlassen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Starke Ablehnung	Ablehnung	Neutral	Zustimm- ung	Starke Zustimm- ung
Zu häufig bin ich entmutigt und will aufgeben, wenn etwas schief geht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin kein gut gelaunter Optimist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

+

+

+

+

Wenn ich Literatur lese oder ein Kunstwerk betrachte, empfinde ich manchmal ein Frösteln oder eine Welle der Begeisterung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In Bezug auf meine Einstellungen bin ich nüchtern und unnachgiebig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manchmal bin ich nicht so verlässlich oder zuverlässig, wie ich sein sollte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin selten traurig oder deprimiert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich führe ein hektisches Leben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe wenig Interesse, über die Natur des Universums oder die Lage der Menschheit zu spekulieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich versuche, stets rücksichtsvoll und sensibel zu handeln.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin eine tüchtige Person, die ihre Arbeit immer erledigt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Starke Ablehnung	Ablehnung	Neutral	Zustimmung	Starke Zustimmung
Ich fühle mich oft hilflos und wünsche mir eine Person, die meine Probleme löst.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin ein sehr aktiver Mensch.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin sehr wissbegierig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich Menschen nicht mag, so zeige ich ihnen das auch offen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich werde wohl niemals fähig sein, Ordnung in mein Leben zu bringen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manchmal ist mir etwas so peinlich, dass ich mich am liebsten versteckt hätte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lieber würde ich meine eigenen Wege gehen, als eine Gruppe anzuführen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe oft Spass daran, mit Theorien oder abstrakten Ideen zu spielen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um zu bekommen, was ich will, bin ich notfalls bereit, Menschen zu manipulieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bei allem, was ich tue, strebe ich nach Perfektion.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

+

+

+

+

	Stimmt nicht	Stimmt kaum	Stimmt eher	Stimmt genau
Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Stimmt nicht	Stimmt kaum	Stimmt eher	Stimmt genau
Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Stimmt nicht	Stimmt kaum	Stimmt eher	Stimmt genau
Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Stimmt nicht	Stimmt kaum	Stimmt eher	Stimmt genau
In unerwarteten Situationen weiss ich immer, wie ich mich verhalten soll.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Stimmt nicht	Stimmt kaum	Stimmt eher	Stimmt genau
Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurecht kommen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Stimmt nicht	Stimmt kaum	Stimmt eher	Stimmt genau
Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Stimmt nicht	Stimmt kaum	Stimmt eher	Stimmt genau
Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Stimmt nicht	Stimmt kaum	Stimmt eher	Stimmt genau
Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Stimmt nicht	Stimmt kaum	Stimmt eher	Stimmt genau
Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiss ich, wie ich damit umgehen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

+

+

+

+

	Stimmt nicht	Stimmt kaum	Stimmt eher	Stimmt genau
Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

+

+

Die folgenden Aussagen beschreiben verschiedene körperliche Empfindungen sowie unterschiedliche Einstellungen zum eigenen Körper.

Wir möchten Sie bitten, bei den folgenden Aussagen anzukreuzen, wie weit diese für Sie selbst gegenwärtig zutreffen.

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft teilweise zu	trifft weitgehend zu	trifft völlig zu
Insgesamt empfind ich mich als robust und stark.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit meinem Aussehen stimmt etwas nicht so recht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin gesund.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manchmal spüre ich eine unbändige Energie in mir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann mit meinen körperlichen Unvollkommenheiten gut leben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mir ist mein Körper oft lästig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich voller Kraft.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit meiner Figur bin ich unzufrieden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oft fühle ich mich voll erotischer Spannung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich wünsche mir einen anderen Körper.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft teilweise zu	trifft weitgehend zu	trifft völlig zu
Manchmal verspüre ich Ekel mir selbst gegenüber.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe genügend kraftvolle Spannung in mir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auf Fotos gefalle ich mir nicht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich topfit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine körperlichen Mängel stören mich schon sehr.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit meinen sexuellen Wünschen beschäftige ich mich gern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich traue mir körperlich einiges zu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manchmal wünsche ich mir, völlig anders auszusehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich in meinem Körper zu Hause.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ausgelassen zu tanzen macht mir grossen Spass.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

+

+

Sie haben alle Fragen beantwortet, vielen Dank für Ihre Mühe!

Können wir Ihre Daten in anonymer Form für wissenschaftliche Zwecke verwenden?

- Ja, ich habe alle Fragen sinnvoll beantwortet. Meine Angaben können für die Auswertung verwendet werden.
- Nein, ich wollte "nur mal schauen", nehme zum wiederholten Mal teil oder möchte nicht, dass meine Angaben ausgewertet werden.

Falls Sie Bemerkungen zu der Umfrage haben, können Sie diese hier eintragen:

Herzlichen Dank, dass Sie an unserer Studie teilgenommen haben.

Bei allfälligen Fragen oder Interesse an den Studienresultaten nehmen Sie bitte Kontakt mit uns auf.

Mit freundlichen Grüssen

Madlaina Bezzola

Franziska Jeker

+

+

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift: