Ernährungsverhalten und Essstörungsgefahr bei den chinesischen Jugendlichen- Eine epidemiologische Studie über Gewichtssorgen, gewichtsregulierende Maßnahmen und andere Einflussfaktoren in Bezug auf ihre Volksgruppen sowie ihre EAT- und BMI- Werte.

Dissertation

zur Erlangung des sozialwissenschaftlichen Doktorgrades der Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Georg-August-Universität Göttingen

vorgelegt von

Zhuoli Tao
Aus Sichuan, China
Göttingen 2008

1. Gutachterin: Prof. Dr. Christina Krause
2. Gutachter: Prof. Dr. Günter Reich
Tag der mündlichen Prüfung.....

Einleitung.....5

1 Das Krankheitsbild der Anorexie und der Bulimie.....7

1.1 Geschichtlicher Überblick über Anorexie und Bulimie.....7
1.2 Diagnostische Kriterien.....8
1.3 Epidemiologie.....11
1.4 Komorbidität 12
1.5 Krankheitsverlauf bei Anorexie und Bulimie.....13

2 Zur Ätiologie und Pathogenese von Anorexie und Bulimie.....16

2.1 Genetische und biologische Faktoren.....16
2.2 Soziokulturelle Faktoren.....17
2.2.1 Überernährungsgesellschaft.....18
2.2.2 Weibliche Rollenkonflikte.....19
2.2.3 Modernisierung und Migration.....20
2.2.4 Medien.....21
2.2.5 Peergruppe.....21
2.3 Persönlichkeitsfaktoren.....22
2.4 Entwicklungstheorien.....24
2.5 Kognitive und Behaviorale Modelle.....25
2.5.1 Zwanghafte Vorstellung.....25
2.5.2 Perfektionismus.....25
2.5.3 Dissoziation.....26
2.5.4 Entstehungsmodell für Anorexie und Bulimie 26
2.6 Psychodynamische Faktoren.....28

3 Adipositas und Binge-Eating-Störung.....34

3.1 Adipositas.....34
3.1.1 Epidemiologie.....35
3.1.2 Mortalität.....35
3.1.3 Ätiologie.....35
3.1.4 Psychosoziale Aspekte der Adipositas.....36
3.2 Binge-Eating-Störung.....38
3.2.1 Definition.....38
3.2.2 Risikofaktoren.....39
3.2.3 Komorbidität.....39

4 Zielsetzung 40

4.1 Vergleich zwischen Volksgruppen.....40
4.2 Vergleich zwischen Gruppen mit unterschiedlichen EAT Werten.....42
4.3 Vergleich zwischen Gruppen mit unterschiedlichen BMI Werten.....43

5 Fragestellung und Hypothesen.....45

6 Methodik.....48

6.1 Probanden.....48
6.2 Messinstrumente.....48
6.2.1 Gewichtssorgen und andere essstörungsspezifische Einstellungen.....48
6.2.2 Einflussfaktoren.....51
6.2.3 Gewichtsregulierende Maßnahmen.....51
6.3 Auswertungsmodus.....52

7 Ergebnisse 53

7.1 Vergleich zwischen Volksgruppen.....53
7.2 Vergleich zwischen Gruppen mit unterschiedlichen EAT Werten.....57
7.3 Vergleich zwischen Gruppen mit unterschiedlichen BMI Werten.....65

8 Pädagogische Prävention und Gesundheitsförderung.....73

8.1. Definition von Gesundheit, Prävention und Gesundheitsförderung.....73
8.2. Projekte in China.....76
8.2.1 Übergewicht von Kindern und Jugendlichen.....76
8.2.2 Das Minderwertigkeitsgefühl von Kindern und Jugendlichen aus Minderheitsgruppen.....79
8.2.3 Konflikte zwischen Eltern und ihren Kindern.....81
8.3 Projekte in anderen Ländern.....82
8.3.1 Projekte zur Gesundheitsförderung und gegen Adipositas.....82
8.3.2 Integrationsprogramm für Kinder und Jugendliche aus Minderheitsgruppen.....85
8.3.3 Interventionsprogramme für Familien.....86

9 Diskussion.....89

9.1 Vergleich zwischen Volksgruppen.....89
9.2 Vergleich zwischen Gruppen mit unterschiedlichen EAT Werten.....93
9.3 Vergleich zwischen Gruppen mit unterschiedlichen BMI Werten.....95

10 Zusammenfassung und Ausblick.....98

Literaturverzeichnis.....101

Anhang.....132

Verwendete Abkürzung.....164

Danksagung.....165

Einleitung

Essstörungen gehören in den westlichen Ländern zu einer der häufigsten psychosomatischen Erkrankungen von Mädchen und jungen Frauen (Jeong 2005). Appel (1998) stellte fest, dass sich die Nachfrage nach Beratung und Behandlung von Essstörungen in den letzten zehn Jahren schnell erhöht hat. Die Ergebnisse sind nicht immer konstant. Currin et al. (2005) gaben an, dass die Prävalenz von Bulimia nervosa in England dramatisch sank (zwischen 1988 und 1993). Ähnliche Ergebnisse gab es auch in den Niederlanden (Hoek et al. 2005) und in den USA zwischen 1982 und 2002 (Keel et al. 2006). Diese Ergebnisse stammten von im Bereich der *primary care* gesammelten Daten. Keel et al. (2006) hatten ihre Studien in einer Studentinnengruppe durchgeführt. Sie waren der Meinung, dass die Ergebnisse der sinkenden Prävalenz auf eine Veränderung des sozialen Kulturfaktors zurückgehen.

Ab Ende 1970, als die Marktwirtschaft in China eingeführt wurde, ist aufgrund des wirtschaftlichen Wachstums der Ernährungsmangel in den meisten Regionen Chinas verschwunden (Tong et al 2005). Übergewicht und Adipositas in China sind ein ernstes Problem, das die Mediziner, Psychologen sowie Pädagogen anspricht. Eine Studie mit 1655 chinesischen Jugendlichen im Alter zwischen 11 und 15 Jahren zeigte, dass 12,5% der Jungen und 9,2% der Mädchen Übergewicht hatten (Xie et al. 2005).

In China wird von einer deutlichen Zunahme des Krankheitsbildes von Essstörungen in den letzten 20 Jahren gesprochen (Lee & Lee 2000). Es gibt eine ganze Reihe von epidemischen Studien über Essstörungen bei chinesischen Jugendlichen. Allgemeine Studien: Chen et al. (1992), Xiao et al. (2001); Diätverhalten: Zheng & Huon (1999); einige Anamnesestudien Fang & Xiao (1997), Wang, (1999), Tong et al. (2005).

In der jüngsten Zeit gab es in China nur selten eine epidemiologische Studie (Chen et al.1992), an der Jungen oder junge Männer beteiligt waren. Tong et al. (2005) konstatierten, dass zur Zeit in China nicht nur Mädchen, sondern auch Jungen unter einem Schlankheitsdruck stehen. Deshalb wurden in dieser vorliegenden Arbeit auch die Daten von männlichen Probanden gesammelt.

In China gibt es bis heute keine Studie über Minderheitsgruppen. Studien in anderen Ländern haben gezeigt, dass manche Minderheitsgruppen im Vergleich zur Mehrheit noch stärkere Gewichtssorgen angegeben hatten. Es zeigte sich ein Unterschied zwischen muslimischen Mädchen in England und weißen Mädchen (Thomas et al. 2002) sowie Latinos in den USA und weißen Amerikanern (Perez et al. 2002). Der Grund dafür ist der Integrationsstress. Deshalb wurde in der vorliegenden Arbeit auch mit Probanden aus einer muslimischen Volksgruppe gearbeitet.

Es gibt schon einige, in internationalen Fachzeitschriften veröffentlichte Stduien über Übergewicht und Adipositas von chinesischen Jugendlichen und jungen Erwachsenen, z.B. Xie et al. (2005) über Peer Isolation und soziale Unterstützung in Bezug auf BMI (Body Mass Index) und Depressivität sowie über den sozialökonomischen Status in Korrelation mit Übergewicht (Xie et al. 2007).

Es gibt keine Studie über die Gewichtssorgen junger Chinesen, ihr Diätverhalten sowie das Klima in den Herkunftsfamilien. Die Gruppen mit unterschiedlichen EAT (Eating Attitudes Test) Werten werden auch verglichen, um eine bessere Übersicht über ihre Unterschiede zu geben.

Im Zentrum dieser Studie steht die Vergleichsuntersuchung im Hinblick auf Gewichtssorgen, das Diätverhalten, den psychologischen Charakter, das Klima der Herkunftsfamilie sowie gewichtsregulierende Maßnahmen zwischen unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen und Probandinnen- und Probandengruppen.

Diese sind:

1. Unterschiedliche Volksgruppen (Uiguren in Urumqi, Han in Urmqi, Han in Nanjing)
2. Gruppen mit unterschiedlichen EAT Werten
3. Übergewichtige Gruppen und andere BMI Gruppen

Im Einzelnen gliedert sich die Arbeit so, dass zunächst die Krankheitsbilder von Anorexie und Bulimie im geschichtlichen Überblick, deren Epidemiologie sowie ihre Komorbiditäten dargestellt werden. Dann werden mögliche ätiologische Faktoren zur Erklärung der Pathogenese beschrieben: genetische und biologische Einflüsse, soziokulturelle Faktoren, Persönlichkeitsfaktoren, Entwicklungstheorien, kognitive und behaviorale Modelle sowie psychodynamische Prozesse.

Hiernach werden die Theorien über Adipositas und Binge-Eating-Störungen vorgestellt. Zuerst wird Adipositas dargestellt: Epidemiologie, mögliche ätiologische Faktoren und psychosoziale Aspekte. Darauf folgend wird die Binge-Eating-Störung vorgestellt: Definition, Epidemiologie, Risikofaktoren und Komorbidität. Aus Theorien werden Hypothesen abgeleitet, der Darstellung der Methodik folgt die Darstellung und Diskussion der Ergebnisse.

Am Ende werden die Gedanken zu Präventionsmaßnahmen dargestellt.

1. Das Krankheitsbild der Anorexie und der Bulimie

1.1 Geschichtlicher Überblick über Anorexie und Bulimie

Die Anorexia nervosa wurde als Krankheit zwar erst in neuerer Zeit definiert, ihr Vorkommen scheint jedoch zumindest bis zurück ins Mittelalter ausreichend belegt (Köhle et al. 2008, S. 689). Halmi (1982) gab über die Erkrankung von Prinzessin Margarete von Ungarn im 13. Jahrhundert an, dass sie wegen Familienstreits fastete sie. Im Alter von 26 Jahren starb sie und ihr Körper wurde als armselig dargestellt.

Der englische Arzt Morton hat im Jahre 1689 einige heute noch als wesentlich angesehene Merkmale der Krankheit an zwei Fällen definiert: extreme Abmagerung, Amenorrhö und Hyperaktivität. Der Begriff der Anorexie wurde bereits im 19. Jahrhundert als nosologische Kategorie in der Medizin eingeführt. Nahezu zeitgleich beschrieben Lasègue in Paris und Gull in London dieses Syndrom, das in einer Verweigerung der Nahrungsaufnahme besteht, die psychischen Ursprungs und, zumindest zu Beginn, nicht auf Appetitlosigkeit zurückzuführen ist (Reich 1999b, S. 5). Gull beschrieb die seelische Störung bei Magersüchtigen bereits als eine wahnähnliche Perversion des „Ego“ (Thomä 1961). Beide Autoren betonten schon damals den therapeutischen Wert einer Isolation der Patientin von ihrer bisherigen Umgebung (Köhle et al. 2008, S. 689).

Pionierarbeiten von Hilde Bruch begründen wesentlich das heutige Verständnis der Anorexia nervosa. Sie führte hierzu aus: „Es herrscht mittlerweile weiterhin Einigkeit darüber, dass die Anorexia nervosa eine klar abgrenzbare Krankheit mit einem hervorstechenden Merkmal ist: Schonungsloses Streben nach übermäßiger Schlankheit“ (Bruch 1980, S. 15f, vgl. Reich 2003a S. 6).

Medizinhistorische und epidemiologische Studien hatten herausgefunden, dass die Bulimie bei normalem Körpergewicht seit Anfang des 20. Jahrhunderts auftrat. Ludwig Binswanger beschrieb 1909 seine Patientin „Irma“, die, gemessen an heutigen diagnostischen Kriterien eine Zeitlang an Bulimie litt. Auch der Fall „Ellen West“, einer der ersten ausführlichen Fallberichte einer Bulimia nervosa von Binswanger, reicht bis in das Jahr 1944 zurück. Bei den von Wulff 1932 belegten Fällen des Bulimie Syndroms fällt auf, dass damals Fasten, Essanfälle und Sichübergeben phasenweise auftraten und nicht, wie bei den heute Betroffenen, zum großen Teil den Tagesrhythmus ausmachten. Anhand der bis ca. 1970 veröffentlichten Fallberichte konnte man bestimmen, dass die Symptomatik als regelmäßiger dargestellt wurde, die Bulimie insgesamt betraf mehr weibliche Personen. Das Syndrom wurde in den 1970- und 1980er Jahren an Häufigkeit stark zunehmend belegt und Informationen zur Bulimie wurden vor allem durch die Laienpresse verbreitet. Der Vorwurf

war, so der Bulimie erst den Weg bereitet zu haben, da sie als typische Symptomatik der ehrgeizigen, erfolgreichen und attraktiven jungen Frau beschrieben wurde und einlud, sich damit zu kennzeichnen (vgl. Habermas 1990a, S. 212).

1.2 Diagnostische Kriterien

Diagnostische Kriterien von Anorexia nervosa:

Die Operationalisierung der Diagnose der Anorexia nervosa im DSM-IV der American Psychiatric Association (1994) wird folgendermaßen gefasst:

1. Weigerung, das Minimum des für Alter und Körpergröße normalen Körpergewichts zu haben (z.B. der Gewichtsverlust führt dauerhaft zu einem Körpergewicht von weniger als 85% des zu erwartenden Gewichts; oder das Ausbleiben einer während der Wachstumsperiode zu erwartenden Gewichtszunahme führt zu einem Körpergewicht von weniger als 85% des zu erwartenden Gewichts).
2. Ausgeprägte Ängste vor einer Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden, trotz bestehenden Untergewichts.
3. Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur und des Körpergewichts, übertriebener Einfluss des Körpergewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung, oder das Leugnen des Schweregrades des gegenwärtigen geringen Körpergewichts.
4. Bei postmenarchalen Frauen das Vorliegen einer Amenorrhö, d.h. das Ausbleiben von mindestens drei aufeinanderfolgenden Menstruationszyklen.

Die Bestimmung der Subtypen wird vorgenommen, das Vorhandensein oder Fehlen von regelmäßigen Fressanfällen oder „Purging“ Verhalten (engl: to purge: reinigen, entschlacken) während einer bestehenden Episode von Anorexia nervosa anzuzeigen:

- „Restriktiver“ Typus: Gewichtsverlust wird durch Diäten, Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung erreicht. Es bestehen keine regelmäßigen Fressanfälle oder „Purging“-Verhalten.
- „Binge-Eating/Purging“ Typus: Die Person hat regelmäßig Fressanfälle und zeigt „Purging”-Verhalten in Form von selbstinduziertem Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien, Diuretika, Klistieren.

Auch in der ICD-10, dem von der World Health Organization (WHO) gebrauchten Klassifikationssystem, finden sich ähnlich formulierte Kriterien. Für die Diagnose einer Anorexia nervosa nach der ICD-10 sind alle folgenden Kriterien nötig:

1. Tatsächliches Gewicht mindestens 15% unter dem erwarteten oder Quetelet Index [3] von 17.5 oder weniger.
2. Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch:
    a. Vermeidung von hochkalorischen Speisen und eine oder mehrere der folgenden Möglichkeiten:
    b. Selbst induziertes Erbrechen.
    c. Selbst induziertes Abführen.
    d. Übertriebene sportliche Aktivitäten
    e. Gebrauch von Appetitzüglern und Diuretika
3. Körperschema-Störung in Form einer spezifischen psychischen Störung: die Angst, zu dick zu werden, besteht als eine tiefverwurzelte überwertige Idee; die Betroffenen legen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst fest.
4. Endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse. Sie manifestiert sich bei Frauen als Amenorrhö und bei Männern als Libido-und Potenzverlust.

Bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät ist die Abfolge der pubertären Entwicklungsschritte verzögert oder gehemmt.

Diagnostische Kriterien von Bulimia nervosa

Die Diagnosekriterien der Bulimia nervosa nach dem DSM-IV der American Psychiatric Association (1994) werden folgendermaßen gefasst:

1. Wiederholte Episoden von „Fressattacken“. Eine „Fressattacken“ Episode ist gekennzeichnet durch die beiden folgenden Merkmale:
    a. Verzehr einer großen Nahrungsmenge in einer bestimmten Zeit, wobei diese Nahrungsmenge erheblich größer ist als die Menge, die die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum und unter vergleichbaren Bedingungen essen würden.
    b. Das Gefühl, während der Episode die Kontrolle über das Essverhalten zu verlieren.

[3] Quetelet-Index**:** W/H^2(W=Körpergewicht in kg; H= Körpergröße in m)

2. Wiederholte Anwendung von unangemessenen, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahmen, wie z.B. selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Laxantien, Diuretika, Klistieren oder anderen Arzneimitteln, Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung.
3. Die „Fressattacken“ und das unangemessene Kompensationsverhalten kommen drei Monate lang im Durchschnitt mindestens zweimal pro Woche vor.
4. Figur und Körpergewicht haben einen übermäßigen Einfluss auf die Selbstbewertung.
5. Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf von Episoden einer Anorexia nervosa auf.

Es wird außerdem festgestellt, ob es sich um einen „Purging“- vs. „Nicht- Purging“-Typus handelt . Der erste Subtyp stellt Manifestierungen dar, bei denen die Person während der aktuellen Episode regelmäßig selbstinduziert erbricht oder Laxantien, Diuretika oder Klistiere missbraucht. Der „Nicht-Purging“-Typus beschreibt Manifestierungen, bei denen die Person Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung als gegensteuernde Maßnahmen verwendet, aber während der aktuellen Episode nicht regelmäßig selbstinduziert erbricht oder Laxantien, Diuretika oder Klistiere missbraucht.

Die ICD-10 (1994) gibt folgende diagnostische Kriterien für Bulimia nervosa an:

1. Eine andauernde Beschäftigung mit Essen, eine unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln; die Patientin erliegt Essattacken, bei denen große Mengen Nahrung in sehr kurzer Zeit konsumiert werden.
2. Die Patientin versucht, dem dickmachenden Effekt der Nahrung durch verschiedene Verhaltensweisen entgegenzusteuern: selbst induziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, zeitweilige Hungerperioden, Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika.
3. Die psychopathologische Auffälligkeit besteht in einer krankhaften Furcht davor, dick zu werden; die Patientin setzt sich eine scharf definierte Gewichtsgrenze, weit unter dem prämorbiden, vom Arzt als optimal oder „gesund“ betrachteten Gewicht.

4. Häufig lässt sich in der Vorgeschichte mit einem Intervall von einigen Monaten bis zu mehreren Jahren eine Episode einer Anorexia nervosa nachweisen. Diese frühe Episode kann voll ausgeprägt gewesen sein oder war eine verdeckte Form mit mäßigem Gewichtsverlust und/oder einer vorübergehenden Amenorrhö .

1.3 Epidemiologie

Anorexia nervosa ist eine eher seltene Erkrankung, sie kommt vor allem in entwickelten Industrieländern vor (Köhle et al. 2008, S. 693). Die American Psychaitric Association (2000) hat angegeben, dass die Lebenszeitprävalenzen für Anorexia nervosa bei Frauen zwischen 0.5% für eine nach strengen Kriterien diagnostizierte Anorexie und 3.7% für eine breit definierte Anorexie liegen. Rathner und Messner (1993) fanden eine Punktprävalenz von bis zu 1.3% bei Schülerinnen zwischen 11 und 20 Jahren**.**

Dass die Erkrankung während der letzten Jahrzehnte häufiger vorkommt, kann nicht als gesichert gelten; allerdings wird sie häufiger diagnostiziert und behandelt als früher (Köhle et al. 2008, S. 693). Hoffman und Hochapfel hatten die ähnliche Annahme, dass eine epidemiologische Zunahme der Erkrankung nicht als sicher gilt (Hoffman & Hochapfel 1999).

Die meisten Patientinnen erkranken zwischen dem 14. und 18. Lebensjahr.(Reich 2003a, S. 9). Die Verteilung zwischen Frauen und Männern wird beschrieben: 10:1 (Herzog & Bradburn 1992, S.123 ff).

Die Bulimia nervosa betrifft wie die Anorexia nervosa zu 95 % Frauen (Wietersheim 2008, S. 711). Der Krankheitsbeginn bei Bulimia nervosa ist im Allgemeinen später als bei Patientinnen mit Anorexia nervosa, er liegt zumeist in der späteren Adoleszenz und dem frühen Erwachsenenalter. Es wird ein Manifestationsmaximum im 18. Lebensjahr angegeben (Remschmidt & Herperz-Dahlmann 1989). In einer soziodemographischen Untersuchung hat Paul (1991) herausgefunden, dass überwiegend Frauen zwischen 20 und 30 Jahren betroffen waren, nur 16% waren jünger und 22% älter; mehr als 60% hatten Abitur oder einen Hochschulabschluss (vgl. Feiereis 1996).

In Ländern der Dritten Welt, wie in Nigeria und Malaysia, scheint die Erkrankung selten zu sein (Fichter 1985). Lee & Katzman (2002) stellten fest, „Anorexia Nervosa (AN) und Bulimia Nervosa (BN) sind nicht nur in asiatischen Ländern mit einem hohen Durchschnittseinkommen, sondern auch in größeren Städten, die in Ländern mit einem niedrigen Einkommen liegen, bekannt.**"**

Es gibt eine ganze Reihe epidemiologischer Studien über Essstörungen von chinesischen Mädchen und jungen Frauen. Die Erkrankungsinzidenz von Bulimie hatten Chen et al. (1992) mit 1,1% angegeben. Xiao et al. (2001) hatten ein ähnliches Ergebnis: die Erkrankungsinzidenz von atypischer Bulimie ist 1,1%. Sie hatten 219 chinesische Mittelschülerinnen in Beijing mit Hilfe von Fragebogen untersucht.

Über die Erkrankungsinzidenz von Anorexie gibt es keine Angabe, weil durch solche epidemiologischen Studien bis jetzt noch keine Anorexie- oder atypische Anorexie-Patientinnen gefunden wurden. Es gibt nur einige Anamnesestudien (Fang & Xiao 1997).

Diätverhalten ist ein wesentlicher Vorläufer für die Entwicklung von Essstörungen (Hsu 1996; Pudel & Westenhöfer 1998). Zheng und Huon (1999) hatten 344 Mittelschülerinnen in Beijing untersucht: 57,3% der Probanden machten keine Diät, 38,1% von ihnen machten manchmal eine und 1,7% der Probanden hatten häufiges Diätverhalten angegeben. Eine von der Europäischen Union geförderte Studie untersuchte Essstörungen an ca. 4400 Schülerinnen in Westeuropa und hat ergeben: ca. 8% der Mädchen im Alter zwischen 11 und 13 Jahren und 14 % der weiblichen Jugendlichen zwischen 14 und 19 Jahren wurden in dieser Hochrisikogruppe klassifiziert. Fast 50 % der Mädchen im Alter zwischen 11 und 13 Jahren in Westeuropa hatten Erfahrung mit Diät und ca. 40% der normalgewichtigen und der untergewichtigen Mädchen und weiblichen Jugendlichen zwischen 11 und 19 Jahren bewerteten sich als zu dick (Kabera 1999).

1.4 Komorbidität (Begleitende andere Erkrankungen)

Die Hälfte bis zwei Drittel der Patientinnen mit Anorexie oder Bulimie zeigen im Laufe ihrer Entwicklung noch andere psychiatrische Symptome. Dies sind affektive Störungen, Zwangsstörungen, Angststörungen sowie zwanghafte und ängstlich-vermeidende Persönlichenkeitsstörungen, Sucht und Substanzmissbrauch (Johnson & Wonderlich 1992, S. 179ff.).

Depressive Verstimmungen sind bei 50% der Patientinnen beobachtet worden und beschreiben die häufigste psychische Komplikation des Krankheitsbildes (Hoffman & Hochapfel 1999, S. 349). Depressive Störungen werden sowohl als Folge als auch Auslösefaktoren für gestörtes Essverhalten erwähnt (Krüger et al. 2001a, S. 35**).**

Patientinnen mit einer Anorexia nervosa präsentieren häufig Zwangssymptome, die oft auch schon prämorbid vorhanden sind bzw. im Verlauf der Essstörung entwickelt werden. Diese zwanghaften Verhaltensweisen verbinden sich oft mit der Beschäftigung betreffend Ernährung, Essen, Gewicht und sportliche Übungen. Angststörungen sind generell bei beiden hier behandelten Formen von Essstörungen anzutreffen, wobei soziale Phobien und Agoraphobien eher bei Patientinnen mit Bulimie zu beobachten sind (Krüger et al.2001a, S. 36).

Das Untergewicht führt häufig zu depressiven Symptomen, wie depressive Stimmung, sozialer Rückzug, Reizbarkeit, Schlaflosigkeit, vermindertes sexuelles Interesse und Zwangsverhalten (Häcker & Stapf 1998, S. 247).

Bei Patientinnen mit Bulimie wurde die Angststörungsrate bis zu 91% beobachtet, Mitchell et al. (1991) gaben eine Lebenszeitprävalenz von Phobien bei 42.3% der untersuchten Patientinnen mit Bulimie an.

Patientinnen mit Bulimie zeigten mehr posttraumatische Belastungsstörungen als Patientinnen mit Anorexie und normale Probanden (Lilenfeld et al.1998). Allerdings finden Kliniker sowohl bei Patientinnen mit Bulimie als auch bei Patientinnen mit Anorexie eine Gruppe von schwer gestörten Patientinnen, die durch Missbrauch oder Misshandlung traumatisiert wurde.

Bei Patientinnen mit Bulimie tauchen soziale Phobien oft vor der Entwicklung der Bulimie auf (Brewerton et al. 1993), die so z. T. auch als Folge sozialer Ängste beschrieben werden können (vgl. Reich 2001, S. 44ff.).

Viele Patientinnen mit Bulimie zeigen eine Neigung zum Missbrauch von Alkohol und anderen Substanzen (Kendler et al. 1991, Mitchell et al. 1985, 1991). Mitchell et al. (1985) hatten z.B. in einer Untersuchung von 275 ambulanten Bulimie-Patientinnen herausgefunden, dass 34% eine Vorgeschichte mit Alkohol- und Drogenproblemen hatten, 17,7% wurden wegen Tablettenabhängigkeit vorher behandelt. Die entsprechenden Raten sind bei Patientinnen mit Bulimie höher als bei Patientinnen mit Anorexie (Braun et al. 1994, Garner et al.1985). Zwischen Abhängigkeitsstörungen und Bulimie wird eine enge Verbindung gesehen, weil beide zur Bewältigung negativer Affekte dienen und häufig heimlich praktiziert werden. Auch in Familien von Patientinnen mit Bulimie sind im Vergleich zu normalen Kontrollgruppen und Familien von Patientinnen mit Anorexie erhöhte Raten von Alkohol- und anderen Abhängigkeiten erfasst worden (vgl. Cierpka & Reich 2001, S. 127ff.).

1.5 Krankheitsverlauf bei Anorexie und Bulimie

Untersuchungen über Langzeitverläufe gibt es hauptsächlich für Anorexie. Die Ergebnisse differenzieren sich durch die Katamnesedauer. Ganz allgemein lässt sich von einer Heilung bei 50% der Betroffenen sprechen. Bei 33% wird eine Besserung erreicht, während bei einem Fünftel der Erkrankten die Verläufe chronifizieren (Steinhausen 1995). Mit zunehmender Katamnesedauer unterscheiden sich die günstigen von den ungünstigen Verläufen sehr deutlich. Als günstig haben sich ein früher Krankheitsbeginn, ein kurzes Intervall von

Krankheits- bis Therapiebeginn, eine gute prämorbide psychosoziale Anpassung und Leistungsfähigkeit sowie die verbesserten familiären Beziehungen und sozialen Kontakte erwiesen. Ungünstig dagegen sind eine lange Krankheitsdauer vor Behandlungsbeginn, höheres Alter bei der Ersterkrankung, stark gestörte Familienbeziehungen, extremer Gewichtsverlust, gleichzeitiges Bestehen bulimischer Symptome, fehlgeschlagene Vorbehandlungen und eine schlechte prämorbide soziale Anpassung (Herzog & Bradburn 1992).

In Langzeituntersuchungen von über neun Jahren gaben bis zu 76% der Patientinnen eine Normalisierung des Gewichts und des Menstruationszyklus an (Herzog & Bradburn 1992). Trotz der Besserung der körperlichen Symptome tritt bei bis zu zwei Drittel der Patientinnen eine Beeinträchtigung der Art auf, dass sie immer noch stark mit Gewicht und Diät beschäftigt sind und merkwürdige Essgewohnheiten präsentieren.

Anorexie ist eine der lebensgefährlichsten psychiatrischen Erkrankungen. Dabei kommt der Tod häufig durch Kreislaufversagen, bedingt durch Untergewicht, bzw. durch Suizid. Eine Studie von Herzog, Greenwood et. al. (2000) konnte anhand einer Stichprobe von 246 essgestörten Patientinnen bei einer Katamnesedauer von 11 Jahren angeben, dass die Mortalitätsrate für Anorexie 5,1% erreicht. Dieses Ergebnis deckt sich mit dem von Sullivan (1995).

Ergebnisse zum Verlauf bulimischer Erkrankungen hatten Krüger et al (2001a) nach Keel und Mitchell (1997) und Fairburn et al. (1999) folgendermaßen zusammengefasst:

- Etwa 50% der Patientinnen mit Bulimie sind nach zwei bis zehn Jahren symptomfrei.
- Eine Untergruppe von etwa 20% hat weiterhin bulimische Symptome, 15% weiterhin eine Bulimie.
- Bei den übrigen 30% zeigt sich entweder ein Wechsel zwischen symptomfreien Intervallen und Rückfallen oder eine subklinische bulimische Symptomatik. Insgesamt ist der Verlauf sehr unstet.
- Depressivität scheint keinen Einfluss auf den Verlauf zu haben.
- Übergänge zu einer Anorexie sind selten.
- Eine Anorexie in der Vorgeschichte hat keine Auswirkung auf den Verlauf.
- Die Mortalitätsrate in Zusammenhang mit einer bulimischen Erkrankung ist vermutlich gering, wird aber möglicherweise unterschätzt.

- Psychotherapie verbessert den Verlauf von Bulimien. Effekte sind aber nach fünf Jahren wegen der Vielzahl der Einflussfaktoren nicht mehr nachweisbar (vgl. Krüger et al. 2001a, S. 39).

2. Zur Ätiologie und Pathogenese von Anorexie und Bulimie

Heute werden die meisten psychosomatischen Erkrankungen als multifaktoriell verursacht angesehen. Dabei werden dem biopsychosozialen Leitmodell folgend genetische und soziokulturelle Einflüsse, Persönlichkeitsprädispositionen, psychodynamische, kognitive und behaviorale Faktoren und Entwicklungstheorien diskutiert.

2.1 Genetische und biologische Faktoren

Anorexie und Bulimie wurden traditionell nicht als genetisch bedingte Krankheiten betrachtet. Aber die familiäre Häufung führt zu der Vermutung, dass Vererbung eine Rolle spielt**.** Stein et al. (1999) hatten in einer Untersuchung mit 47 Patientinnen mit Bulimie (sowie einer vergleichbaren Kontrollgruppe) und ihren Familien angegeben, dass 43% der Schwestern und 26% der Mütter der Betroffenen im Laufe ihres Lebens an Essstörungen erkrankt waren.

Das Ergebnis dieser Studie untermauert die Annahme, die sich aus einigen anderen Studien ergibt, z. B. der von Bulik et al. (1998), die eine Heritabilitität von 83% für Bulimie bestätigten (vgl. Fairburn et al. 1999).

Eine Reihe von Zwillingsstudien wird als Stütze für eine genetische Mitbedingtheit herangezogen. Kog und Vandereycken (1989) gaben eine Konkordanzrate zwischen 30% und 50% für eineiige Zwillinge für Anorexia nervosa an. Treasure und Holland (1995) zeigten eine Konkordanzrate von 55% für eineiige und von 7% für zweieiige Zwillinge. Neuere Zwillingsstudien von Schepank (1992) zeigen ebenfalls eine genetisch disponierende Tendenz, die Konkordanzrate beträgt dort für eineiige Zwillinge 57%, für zweieiige 7% (vgl. Jeong 2005, S. 17).

Die Frage des Anteils genetischer Faktoren an der erhöhten „Vulnerabilität“ für Essstörungen wurde beim jetzigen Stand der Forschung noch nicht beantwortet. Die Annahme von spezifischen Genen, die Starvationsvorgänge erklärten, gilt als fragwürdig. Relevanter dürften unspezifischere genetische Faktoren sowohl aus der Gewichtsforschung wie auch aus der Persönlichkeitsforschung sein. Insgesamt zeigt sich aufgrund der jetzt bekannten Zusammenhänge zwischen neurochemischen, endokrinologisch-metabolischen und psychischen Veränderungen, dass es bei den Essstörungen zu einer Wechselwirkung zwischen biologischen Veränderungen und Verhaltensänderungen kommen kann, die ein Fortschreiten der Erkrankung favorisieren (Herpertz & Schweiger 2001).

Es gibt mehrere Zwillingsstudien für die Bulimie-Forschung. Fichter und Noegel (1990) zeigten eine Konkordanzrate von 83,3% bei eineiigen und von 26,7% bei zweieiigen Zwillingen. Hsu et al. (1991) fanden eine Konkordanzrate von 33% bei eineiigen und 0% bei

zweieiigen Zwillingen. Kendler et al. (1991) berichten über eine Konkordanzrate für eine eng definierte Bulimie bei 22,9% der eineiigen und 8,7% der zweieiigen Zwillinge, wobei die Differenz zwischen den Konkordanzraten nicht signifikant war, jedoch beide Raten die für die Normalbevölkerung überschritten. Die bekannte Zwillingsstudie von Holland und Treasure (1989), welche von Konkordanzraten von 35% bei monozygoten (MZ) und 29% bei dizygoten (DZ) Zwillingspärchen für Bulimia nervosa und damit einer Heritabilität von nur 10% berichtet, würde eher nahelegen, dass Bulimie im Gegensatz zur Anorexie (hier waren es 67% bei MZ und 0% bei DZ und eine resultierende Heritabilität von 70%) eher durch Umwelteinflüsse vermittelt werde (vgl. Fairburn et al. 1999a).

Bisher fehlen allerdings Adoptionsstudien, d.h. die Zwillingspaare wuchsen in derselben Familienumgebung auf, so dass der Beitrag von Umwelteinflüssen auf die Entwicklung der Konkordanz nicht genau beurteilt werden kann.

Zudem bestehen bei der Abschätzung des Einflusses genetischer Faktoren methodische Probleme oder unterschiedliche Methoden zur Einschätzung des eineiigen Status sowie der jeweiligen Essstörung (Reich 2003a, Kog & Vandereycken 1989).

Fichter und Noegel (1990) fanden für eineiige Zwillinge einen ausgeprägten Mangel an Individuation voneinander, weniger Beziehungen zu Gleichaltrigen als bei der Vergleichsgruppe sowie eine größere Ähnlichkeit der elterlichen Erwartungen ihnen gegenüber. Eine unspezifische Neigung zu psychischen Erkrankungen und/oder zu affektiven Erkrankungen als Grundlage für die Entwicklung einer Anorexia wird als unwahrscheinlich angesehen (Reich. 2003a). Die Befunde von Strober et al. (1990) sprachen gegen eine gemeinsame familiäre Weitergabe von affektiven Erkrankungen und Anorexie. Sie meinten, dass bei der Anorexie eine Weitergabe von Vulnerabilität durch prämorbide Züge des Vermeidens unangenehmer Erfahrungen vorliegt, geringer Neuigkeitssuche und hoher Abhängigkeit von der Billigung anderer ist. Für die Anorexie glauben Treasure und Holland (1995) auch eher eine Weitergabe von perfektionistischen und prämorbiden zwanghaften Zügen. Für die Bulimie könnte eine eher generelle Neigung zu affektiver Instabilität, Übergewicht und Substanzmissbrauch als genetischer Faktor eine Rolle spielen (Johnson & Connors 1987, Hsu 1990, Reich 2003a, vgl. Jeong 2005, S. 17).

2.2 Soziokulturelle Faktoren

Neben genetischen Faktoren werden soziokulturelle Einflüsse auf die Entwicklung von Essstörungen, insbesondere von Bulimie und Anorexie, diskutiert. Devereux definierte die

ethnische Störung als Verhaltens- und Erlebensmuster, die nur in bestimmten Gesellschaften auftreten und von diesen als krankhaft betrachtet werden. Dabei unterscheidet er verschiedene Ebenen, d. h. den kulturellen Kontext, der die Entstehung der Störung begünstigt, sowie die kulturelle Rolle der ethnischen Störung selbst, sobald sie einmal als Krankheit festgestellt ist (Habermas 1990a). Laut Polivy und Herman (2002) treten, dass die Wünsche nach Schlankheit, die eines der wichtigen Kriterien von Essstörungen sind, vor allem in einer überernährten Gesellschaft hervor. Im Gegensatz dazu betrachtet eine unterernährte Gesellschaft eine runde Körperfigur als Idealfigur. Die Figur, die schwierig zu erreichen ist, wird als Idealfigur angesehen.

2.2.1 Überernährungsgesellschaft

In Gesellschaften, in denen die ständige Verfügbarkeit von Nahrung nicht gewährleistet ist, spielen Anorexie und Bulimie keine Rolle. In Entwicklungsländern sind wohlgenährte, übergewichtige Körper ein Zeichen von Fruchtbarkeit, Stärke und Reichtum, Faktoren also, die zum Überleben beitragen. „Die Lebensbedingungen einer Konsum- bzw. Überflussgesellschaft könnten notwendige Voraussetzung für die Manifestation der Erkrankung sein“ (Köhle et al. 2008, S. 693). Am Anfang gab es Essstörungen vor allem in der Oberschicht in einer Überernährungsgesellschaft. Wenn die Ansicht über Figur und Körpergewicht in einer Gesellschaft immer homogener wird, verbreitet sich eine schlanke Körperform in der Gesellschaft. Essstörungen sind immer entsprechend populär (Striegel-Moore 1997).

In den USA ist die afrikanische Subkultur ein Schutzfaktor für Frauen gegen den Druck von Schlankheit, die afroamerikanischen Männer ziehen stärker die afroamerikanischen Frauen mit einem schweren Körpergewicht vor (Greenberg & Laporte 1996). Afroamerikanische Frauen (Powell & Kahn 1995) und Kinder (Thompson et al. 1997) haben eine kräftigere ideale Körperform. Wenn eine afroamerikanische Frau unter einer Essstörung leidet, ist es vor allem eine Binge-Eating-Disorder. Ein Case-Report (Striegel-Moore 1997, Striegel-Moore & Smolak 1996) gab in junger Zeit an, dass sich der Wunsch nach Schlankheit in der afroamerikanischen Subkultur verbreitet. Die Verbreitung der amerikanischen dominanten Idee bedeutet, dass das Ethos nicht mehr die Einzelnen vor Anorexia nervosa und Bulimia nervosa schützen kann (Chamorro & Fored–Oritz 2000, Mumford & Choudry 2000, Polivy et al. 2001). Es gibt Beweise, dass die afroamerikanischen Frauen mit hohem Einkommen und die weißen Frauen mit hohem Einkommen gleiche Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper zeigen. Das bedeutet, dass im Vergleich zur Rasse

der SES (Sozialökonomischer Status) eine wichtige Rolle als Risikofaktor spielt (Caldwell et al. 1997, vgl. Polivy & Herman 2002).

2.2.2 Weibliche Rollenkonflikte

Essstörungen sind ein Ausdruck der Konflikte zwischen traditioneller und moderner weiblicher Rolle (Bruch 1966, Perlick & Silverstein 1994). Auf der einen Seite erhalten die amerikanischen Frauen zunehmende soziale und wirtschaftliche Kompetenz, auf der anderen Seite stehen die Frauen unter dem zunehmenden Druck von Schönheit und Schlankheit (Becker et al. 2004). Es gibt eine Korrelation zwischen dem erhöhten Ausbildungsniveau und dem immer dünner gewordenen Körperschema in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts (Garner & Garfinkel 1980, vgl. Becker et al. 2004). Orbach (1978) vertrat die Auffassung, dass die Aufmerksamkeit von der extremen Magersucht auf den alltäglichen Kampf von Frauen gegen Übergewicht gelenkt wurde und somit die Weiblichkeitsnormen der Gesellschaft fraglich sind. Frauenzentrierte Ansätze betonen die kulturelle Konflikthaltigkeit weiblicher Entwicklung. Klinische Beobachtungen hatten dargestellt, dass Frauen, die zur Entwicklung von Essstörungen tendieren bzw. an Essstörungen, insbesondere an Bulimie leiden, sich stärker als andere mit widersprüchlichen Rollenanforderungen identifizieren und diese erfüllen wollen. Sie wollen gut sein in allen Branchen, Beruf, Haushalt, Ehe. Sie versuchen, vier bis fünf Personen in einer zu sein, sich ständig darzustellen und wollen dann auch noch gestylt sein. Der Traditionsbruch lässt sich in den weiblichen Generationenbeziehungen feststellen: Der Konflikt zwischen der Wirkung eines traditionellen Frauenbildes und den sogenannten männlichen Eigenschaften „stark sein“, „sich durchsetzen“ wird dadurch verschärft, dass ein sehr hoher Leistungsdruck hinzukommt (zitiert Jeong 2005, S. 20).

Boskind-Lohdal (1976) fand aus einer feministischen Perspektive heraus betrachtet Patientinnen mit Bulimie mit dem weiblichen Geschlechtsstereotyp überidentifiziert sowie bemüht, dem geltenden Schönheitsideal zu entsprechen und gleichzeitig mütterlich zu sein. Habermas (1990b) fand heraus, dass Patientinnen mit Bulimie im Vergleich zu einer nicht-klinischen Kontrollgruppe stärker am gängigen Frauenbild orientiert sind, sie schätzten sich gleichzeitig als weniger attraktiv ein und wollten dies mehr sein als die Frauen der Vergleichsgruppe. Ratzke (1995) kam zu dem Schluss, dass junge Frauen mit Bulimie maskuline und feminine Attribute eher dichotom erlebten als die nicht-essgestörte Kontrollgruppe. Auf dem Hintergrund der skizzierten Rollenkonflikte und der damit verbundenen Orientierungskonflikte bedeutet Schlankheit ein gut sichtbares und

überprüfbares Maß für Rollenerfüllung, Attraktivität sowie für Leistungs- und Konkurrenzfähigkeit (Johnson &. Connors 1987**).**

2.2.3 Modernisierung und Migration

Unter den Einflussbedingungen der westlichen Industrienationen dominieren ernährungsabhängige Erkrankungen, Schwierigkeiten im Essverhalten und Essstörungen (Pudel 2003). Es gibt Beweise, dass die Prävalenz von Essstörungen im 20. Jahrhundert zunahm (Keel & Klump 2003). Ab Ende der 1960er Jahre verbreiteten sich Essstörungen zuerst in der westlichen Gesellschaft (Polivy & Herman 2002). Seit einigen Jahren werden sie in den meisten Regionen der Welt beobachtet (Keel & Klump 2003, Anderson-Fye & Becker 2003). Die Ergebnisse sind nicht immer konstant. Currin et al. (2005) gaben an, dass die Prävalenz von Bulimia nervosa in England dramatisch sinkt.

Ähnliche Ergebnisse gab es auch in den Niederlanden (Hoek et al. 2005) und in den USA (Keel et al. 2005). Die Ergebnisse von Currin et al. (2005) und Hoek et al. (2005) stammten aus den in der *primary care* gesammelten Daten. Keel et al. (2005) hatten ihre Studien in einer Studentinnengruppen durchgeführt. Ihrer Ansicht nach gehen, die Ergebnisse der sinkenden Prävalenz auf eine Veränderung des sozialkulturellen Faktors zurück.

Die Prävalenz in Ost-Europa und in nicht-westlichen Industriegesellschaften wie Südkorea sieht ähnlich wie die im Westen aus (Boyadjieva & Steinhausen 1996, Lee et al. 1998).

Immigration, Modernisierung, Urbanisierung sind mögliche Risikofaktoren für die Entstehung von Essstörungen, weil die Ur-Wahrnehmungen durch neue, moderne Wahrnehmungen ersetzt werden. Einige Studien gaben an, dass die Immigration in eine westliche Gesellschaft mit einem zunehmenden Risiko im Hinbliick auf die Entwicklung von für Essstörungen korreliert. Südasiatische Mädchen, die nach Großbritannien immigrieren, arabische Studentinnen in London und griechische Frauen in München haben ein höheres Niveau von Essstörungen als ihre Landsleute in ihren Heimatländern (Mumford et al. 1992, Nasser 1986, Fichter et al. 1983). Immigrierende pakistanische Schulmädchen haben sogar höhere Bulimia nervosa-Werte und zeigen mehr Essstörungsverhalten als die weißen britischen Mädchen (Mumford, Whitehouse, Platts 1991).

Im Vergleich zu den immigrierenden koreanischen Frauen in den USA hatten die Frauen in Korea signifikant mehr Essstörungsverhalten (Ko & Cohen 1998). Es braucht noch intensive Untersuchungen über die beiden Kulturen, welche Elemente aus den beiden Kulturen das Risiko der Entwicklung von Essstörungen begünstigen können (vgl. Becker et al. 2004).

Modernisierung und soziale Wanderung korrelieren mit dem Risiko von Essstörungen. In einer Studie in China wurden Mittelschülerinnen aus drei Städten untersucht, in denen eine zunehmende wirtschaftliche Entwicklung stattfindet. Lee und Lee gaben an, dass das zunehmende Essstörungsverhalten mit dem wirtschaftlichen Entwicklungsniveu korreliert (Lee & Lee 2000).

2.2.4. Medien

Die westlichen Medien wurden als weiterer wichtiger Risikofaktor für Essstörungen angesehen (Nasser 1994, Becker & Hamburg 1996). Die Medien verzerren die Realität, z. B. Beispiel sehen die Models unnatürlich schlank aus (Polivy & Herman 2002). Es bleibt unklar, ob die Medien die soziale Vorliebe für Schlankheit reflektieren oder manipulieren (Becker & Hamburg 1996). Tiggemann & Pickering (1996) hatten angegeben, dass die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und der Wunsch nach Schlankheit von Mädchen mit zunehmendem Konsum von bestimmten Fernsehsendungen korrelieren. Eine Ausrichtung auf körperliches Ideal führt sofort zu negativer Einwirkung auf Stimmung und Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper (Pinhas et al. 1999). Stice et al. (1994) hatten eine direkte Beziehung zwischen Medien-Betonung und Essstörung gefunden. Wegen der Globalisierung der virtuellen Medien-Kultur gibt es keine Gesellschaft oder Kultur, die vor der Entstehung einer Essstörung immunisiert (Nasser 1994). Die Einführung der westlichen Fernsehsendung ist mit einer Zunahme von Essstörungen bei Mädchen und jungen Frauen in Fiji verbunden. In der traditionellen Fiji-Kultur wird eine starke und runde Körperform von Frauen betont (Becker et al. 2004). Es gibt allerdings auch eine Studie mit Gegenergebnissen (Cusumano & Thompson 1997).

2.2.5 Peergruppe

Die Peergruppe ist ein anderer dominanter Risikofaktor für die Entstehung von Essstörungen (Becker 2004, Levine et al. 1994, Stice 1998). Hier sind nicht nur Nachahmung, Konkurrenz, sondern auch Hänseleien von Relevanz.

Mädchen oder jungen Frauen lernen bestimmte Wahrnehmungen (Wunsch nach Schlankheit) oder Verhaltensweisen (z. B. Diät, Erbrechen) auch durch ihre Peergruppe (Levine et al. 1994). Die Einstellungen erwachsener Frauen zu ihrem Körper wirken im Freundeskreis homogenisierend (Paxton et al. 1999). Meyer und Waller haben herausgefunden, dass die Frauen, die sich in einem ähnlichen Status befinden oder im selben

Haus wohnen, im Lauf der Zeit ähnlich restriktives Essverhalten zeigen (Meyer & Waller 2001, vgl. Becker et al. 2004)

Hänseleien sind auch ein Grund dafür, dass die Peer-Norm verfolgt wird (Polivy & Herman 2002). Eine pfadanalytische Studie von Lunner et al. (2000) zeigte, dass sich bei Mädchen aus dem BMI Hänseleien durch Gleichaltrige und die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper vorhersagen ließen und daraus wiederum das Essverhalten.

Es ist schwer zu sagen, welche der Faktoren Peergruppe, Familie oder Medien bei der Entstehung von Essstörungen von primärer Bedeutung ist (Polivy & Herman 2002). Es gibt einige Beweise, dass die Peergruppe oder Familie mehr potenziellen Einfluss als Medien haben (Stice 1998). Xiao, Huon und Qian haben 261 Schülerinnen (13.68±0.6 Jahre bis 16.33±0.57 Jahre) in China untersucht. Sie haben angegeben, dass die Konkurrenz in der Peergruppe der stärkste Risikofaktor für Diätverhalten und eine negative Wahrnehmung des eigenen Körpers ist (Xiao et al. 2001).

2.3 Persönlichkeitsfaktoren

Einige Persönlichkeitsfaktoren begünstigen die Entstehung von Essstörungen, wie z. B. persönliche Mentalität, Selbstwertgefühl oder persönliche dynamische Auseinandersetzung mit der Umgebung. Missbrauch, Trauma und Hänseleien korrelieren mit der Entstehung von Essstörungen (Polivy & Herman 2002). Im Vergleich zur Kontrollgruppe hatten die essgestörten Patientinnen mehr Lebensstress angegeben (Raffi et al. 2000, Schmidt et al. 1997, Welch et al. 1997, Everill & Waller 1995). Casper & Lyubomirsky (1997) vertraten die Ansicht, dass sexueller Missbrauch von Kindern Bulimia nervosa nicht direkt verursacht, aber zu den anderen psychopathologischen Auffälligkeiten führen kann. Neumark-Sztainer et al. (2000) konnten in ihrer Studie zeigen, dass der sexuelle Missbrauch und die Erfahrung körperlicher Gewalt zu den Risikofaktoren für die Entstehung einer Essstörung bei adoleszenten Jungen und Mädchen gehören. Dies scheint in besonderem Maße auf die Entwicklung einer Bulimie zuzutreffen. Schätzungen zufolge hat jede vierte Patientin mit Bulimie traumatische Erlebnisse erfahren. Nach Kent & Waller (2000) entwickeln Kinder durch emotionalen Missbrauch (Childhood Emotional Abus CFA) Minderwertigkeitsgefühle und Stress. Es ist das einzige kindliche Trauma, das Essstörungen in der Erwachsenenzeit vorhersagen kann (vgl. Polivy & Herman 2002). Forschungen konzentrieren sich in den letzten Jahren verstärkt auf spezifische Bindeglieder zwischen Missbrauchserfahrungen und Essstörung: z. B. Scham und selbsterniedrigende Vorstellungen, die mit dem Körper

verbunden werden, erlebter Kontrollverlust oder die Blockierung von Affekten und Kognitionen, die auch während der bulimischen Handlungen geschehen (Reich 2001, S. 49ff).

Der Missbrauch erhöht die Intoleranz für Emotionen und unterminiert die Identität (Polivy & Herman 2002). Die Essstörung ist ein Versuch, den negativen Effekt zu regulieren und eine Selbstidentität zu erreichen (Rorty & Yager 1996), besonders wenn die Patientinnen keine effektive Lösungsmethode für die Lebenskrise finden können (Troop 1998, vgl. Polivy & Herman 2002).

Die Patientinnen mit Anorexie erhalten die emotionale Zufriedenheit durch den Verzicht auf Lebensmittel und unterdrücken den Zorn (Geller et al. 2000). Die Patientinnen mit Bulimie erhalten emotionale Erleichterung durch Binging und Erbrechen. Nach Binging haben die Patientinnen das Gefühl von Kontrollverlust, Schuld und Angst vor Lebensmitteln. Das Essverhalten liefert keine Erleichterung, aber reduziert negative Emotionen. Erbrechen reduziert das Schuldgefühl (Johnson & Larson 1982). Durch bulimisches Verhalten kann man Zorn reduzieren, besonders wenn man schon daran gewöhnt ist, das Zeigen von Emotion zu vermeiden (Milligan & Waller 2000). Es ist wichtig für die Patientinnen, durch das Essverhalten eine emotionale Kontrolle über sich selbst zu bekommen (Polivy & Herman 2002). Ein extremer Wunsch nach Kontrolle betreffend Essen und Verhalten wird als ein zentrales Merkmal der Essstörung angesehen (Fairburn et al.1999, vgl. Polivy & Herman 2002).

Bei den Patientinnen mit Anorexie finden sich häufig Perfektionismus und Leistungsorientierung. Die prämorbide Struktur von Patientinnen mit Bulimie wird oft als depressiv gekennzeichnet (Köhle et al. 2008, S. 695). Patientinnen mit Bulimie werden im Persönlichkeitsbereich weiterhin durch mangelnde Impulskontrolle, Gefühle der Ineffektivität und eingeschränkte Selbstkontrollfähigkeit beschrieben (Jacobi & Paul 1991). Die oft jahrelang erlebte Hilflosigkeit gegenüber Kontrollverlust und negativer Körpererfahrung kann das Minderwertigkeitsgefühl erhöhen (Johnson & Connors 1987). Erhöhter Alkohol- und Drogenmissbrauch sowie selbstschädigendes Verhalten sind nicht selten. Auch hier bleibt unklar, inwieweit dies zur Entwicklung der Störung geführt hat bzw. als Folgeerscheinung zu deuten ist.

Patientinnen mit Anorexie zeigten im Gegensatz zu Patientinnen mit Bulimie verstärkte Kontrolle und Zwanghaftigkeit. Sie beschäftigen sich in vielerlei Aktivitäten, die sie auszuführen versuchen. Bereits ihre prämorbide Persönlichkeit beschreibt sich durch soziale Unsicherheit, starke Abhängigkeit, eingeschränkte Spontanität und einen Mangel an selbstorientierter Autonomie. Verwirrung über eigene Körperwahrnehmungen und ein Gefühl

der Wirkungslosigkeit lassen in Patientinnen mit Anorexie eine Empfindung der Selbstunbestimmtheit zurück. Ihr Ideal ist eine „Herrschaft des Geistes über den Körper“, wie Bruch 1980 (S. 24) formuliert hat. Die wichtigste „Triebfeder“ anorektischer und bulimischer Mädchen und Frauen ist die Angst, dick zu sein oder zu werden. Die Betroffenen sehen ihr gesamtes Leben in dieser Wahrnehmung. Ihre Gedanken kreisen ständig um Nahrung, so dass sie sich weniger auf ihre üblichen Tätigkeiten konzentrieren können. Das konstante Hungern bei Patientinnen mit Anorexie bzw. die gegensteuernden Maßnahmen wie Erbrechen und Abusus von Abführmitteln, Laxantien oder Diuretika, die man eher bei Patientinnen mit Bulimie findet, können in Analogie zum Angstmodell als wichtiges Vermeidungsverhalten bei einer Gewichtsphobie erklärt werden. Dieses Verhalten kann im Lauf der Zeit einen rituellen Charakter annehmen, dass die Patientinnen dieser automatisierten Handlung nicht mehr widerstehen können, da die aufkommende ängstliche Anspannung dann zu groß wäre (Vandereycken & Meermann 2000).

2.4 Entwicklungstheorien

Die Anorexie wird als Versuch gedeutet, die eigene Identität, das Selbstwertgefühl und die Fähigkeit, etwas zu bewirken (Selbstwirksamkeit) kompensatorisch zu stabilisieren (Bruch 1973, Selvini Palazzoli 1978). Retrospektiv werden Patientinnen als besonders brave und angepasste Kinder beschrieben, die also kaum gelernt haben, aktiv gestaltend auf ihre Umwelt und sich selbst einzuwirken. Der Eintritt in die Pubertät stellt sie nun einerseits vor die Entwicklungsaufgabe, sich von den Eltern zu trennen, eine altersgerechte Eigenständigkeit zu erreichen und nicht zuletzt Verantwortung für den eigenen Körper zu haben, was ihnen als unselbständigen Kindern besonders schwerfällt. Andererseits erleben sie die sexuelle Reifung als Überwältigung, der sie sich hilflos ausgeliefert sehen. Durch ihren weiblichen Körper fühlen sie sich erst recht zu Rezeptivität und Passivität gegenüber anderen gezwungen (Selvini Palazzoli 1978).

Die Anorexie scheint in dieser Situation eine doppelte Lösung zu geben. Mit dem erfolgreichen Abmagern bekommen die Mädchen die Initiative und die Kontrolle über ihre Situation. Einerseits behaupten sie sich gegenüber ihrem reifenden Körper, indem sie ihn auf sein präpubertäres Maß reduzieren und damit sowohl die von ihm ausgehenden sexuellen Regungen wie die Reaktionen anderer in Grenzen halten. Andererseits distanzieren sie sich von ihren sie zum Essen drängenden Eltern und grenzen sich so subjektiv von der Familie ab, ohne sich von ihr lösen zu müssen, denn die Symptomatik führt im Gegenteil zu einer

zusehenden Isolierung von Gleichaltrigen und Verstrickung mit den Eltern. So kennzeichnet die Anorexie einen neurotischen Bewältigungsversuch zweier zentraler Entwicklungsaufgaben der frühen und mittleren Adoleszenz -sich vom Elternhaus abzulösen und den sexuell gereifteren Körper in das Selbstbild zu integrieren. Doch führt der Bewältigungsversuch in vielen Bereichen zu einem Entwicklungsstillstand. Das pubertäre Wachstum verzögert sich, die psychosexuelle Entwicklung und die Ablösung von den Eltern werden aufgehalten, und die für den Prozess der Loslösung wichtigen Beziehungen zu Gleichaltrigen treten erst einmal in den Hintergrund.

In der bulimischen Symptomatik drücken sich deutlicher als in der Anorexie Trennungskonflikte aus; mit der Enthaltsamkeit und Gewichtskontrolle ziehen sich die Betroffenen zurück (wie die Patientinnen mit Anorexie) in eine Art Pseudoautarkie, doch „befriedigen“ sie im Essanfall zugleich triebhafte Wünsche nach Nähe und Versorgung. Ein weiterer differenzieller Faktor ist darin beobachtbar, dass ausschließlich fastende Magersüchtige häufiger überkohärente, abgeschlossene und konfliktvermeidende Familien haben, bulimische Anorexie -Patientinnen und Patientinnen mit Bulimie hingegen häufiger aus auseinanderstrebenden Familien, in denen die Mitglieder starke Affekte ausdrücken, stammen (vgl. Habermas 1998, S. 1072).

2.5 Kognitive und Behaviorale Modelle

2.5.1 Zwanghafte Vorstellung

„Individuals with Eating Disorders tend to spend an inordinate amount of time obesessing about food/eating, weight/shape, and related matters“(Gleaves et al. 2000). Sunday et al. (1995) haben durch eine Untersuchung herausgefunden, dass 74% der essgestörten Patientinnen mehr als drei Stunden/Tag eine derartige Zwangsvorstellung haben, 42% empfinden sie mehr als acht Stunden/Tag. 62% der Patientinnen haben weniger als drei Stunden/Tag überhaupt keine Zwangsvorstellung, 37% haben sogar keine freie Zeit für solch eine Zwangsvorstellung. 72% der Patientinnen möchten die Zwangsvorstellung unterdrücken, aber 50% von ihnen sind gescheitert und haben kaum und wenig Kontrolle über die Zerstreutheit (Sunday et al. 1995, S. 241). 20% der Patientinnen, besonders restriktive Patientinnen, finden die Zwangsvorstellung angenehm und möchten sich nicht von ihr befreien (vgl. Polivy & Herman 2002).

2.5.2 Perfektionismus

Perfektionismus ist die Vervollkommnungsfähigkeit des Menschen als Ziel alles sittlichen Wollens, z. B. bei Leibniz und Kant (Häcker & Stapf 1998). Perfektionismus wird nicht als ein definiertes Charakteristikum der Essstörungen angesehen, aber seit längerer Zeit ist Perfektionismus mit Anorexie und weniger mit Bulimie verbunden (Garner et al. 1983,1984). Nach Hewitt et al. (1995) führt der Perfektionismus dazu, dass die essgestörten Patientinnen einen Nachteil als eher traumatisch ansehen oder eine normale Körperfigur als nicht ideal beurteilen.

Patientinnen mit Anorexie zeigten eine stärkere Ausprägung an Perfektionismus als Vergleichsgruppen (Bastiani et al. 1995). Manche Indexe betreffend Perfektionismus bleiben noch hoch, wenn die Patientinnen erholt oder wieder gesund sind. Strober (1991) ist der Ansicht, dass der Selbstzweifel im Charakter liegt, sodass er hieraus später eine Anorexie entwickelt.

„Recent debates contrasting self-imposed perfectionism and other-imposed perfectionism add further complexities to the analysis of Eating Disorders" (Hewitt et al. 1995, vgl. Polivy & Herman 2002). "Whom are Eating Disorders patients trying to please, themselves or others" (vgl. Polivy & Herman 2002).

2.5.3 Dissoziation

Dissoziation ist ein psychischer Mechanismus, um unangenehme Elemente vom Bewusstsein abzuspalten (Polivy & Herman 2002). Bulimische Patientinnen setzen Binge-Eating ein, um sich vor dem emotionalen Stress zu schützen (Heatherton & Baumeister 1991, Lacey 1986). Everill und Waller (1995) geben an, dass eine erhöhte Tendenz zu Dissoziation bei essgestörten Frauen gefunden wird (Everill et al.1995, vgl. Polivy & Herman 2002).

2.5.4 Entstehungsmodell für Anorexie und Bulimie

Westenhöfer & Pudel (1990) und Reich (2001, S. 50f) legten ein Modell der Entwicklung und Aufrechterhaltung der Bulimie vor, in dem eine affektlabile prämorbide Persönlichkeit unter den oben skizzierten soziokulturellen Einflüssen das äußere Erscheinungsbild überbetont, um Kontrolle zu haben. Die Angst vor dem Dickwerden führt zu einem dysfunktionalen gezügelten Essverhalten und zu Diäten.

Diese münden in eine weitere Fixierung des Denkens und Erlebens auf das kontrollierte Essverhalten und die äußere Erscheinung, führen zur Ausblendung anderer Lebens- und Erlebensbereiche, zu einer weiteren Erhöhung des Kontrollaufwandes und gemeinsam mit dem auftretenden Hypometabolismus zu Nervosität, Spannung und Reizbarkeit. Schließlich

kommen Heißhungergefühl und, bei Vorliegen aversiver situativer Auslöser, Essattacken mit anschließender Gegenregulierung, insbesondere Erbrechen, nach. Diese wiederum erhöht die Affektlabilität, z. B. die Selbstwertprobleme, damit wiederum die Fixierung auf die äußere Erscheinung, die Selbstkontrolle und das gezügelte Essverhalten.

Ähnliche Spiral- bzw. Kreismodelle wurden durch Heatherton und Polivy (1992) sowie Waadt et al. (1992) entwickelt. Heatherton und Polivy (1992) betonten, dass Diäthalten selbst Stress begünstigt. Rosen (1992) betont, dass oft dysfunktionale Annahmen über den eigenen Körper und das eigene Aussehen in ein dysfunktionales Essverhalten hineinführen und, einmal etabliert, durch selektive Aufmerksamkeit, Vermeidungsverhalten und Vergleichen sowie die Suche nach Bestätigung bewahrt werden. Es besteht eine starke Bereitschaft, auf äußere Reize zu reagieren (Heatherton & Polivy 1992, Reich 2003a). Dies führt zur Analyse kognitiver Faktoren, die für die Entwicklung und die Aufrechterhaltung von Essstörungen als relevant angesehen werden und die Einengung des Denkens und Verhaltens auf Aussehen, Gewicht und Diät weiter begünstigen (Beisel & Leibl 1997, Benninghoven & Leibeck 1997, Reich 2003a). Hierzu gehören auch das selektive Denken („Wenn ich mich beim Essen kontrolliere, habe ich mich auch sonst unter Kontrolle“), Übergeneralisierung („Als ich Kartoffeln aß, war ich dick, deshalb tue ich es nicht mehr“), Übertreibung („Alle Leute achten darauf, ob mir die Hose passt oder nicht“), dichotomes Denken („Entweder ich esse keine Schokolade oder ich esse mindestens drei Tafeln“), Personalifizierung und Selbstreferenz („Zwei Kolleginnen haben sich neulich lächelnd angesehen, als ich reinkam; sie haben sicher gemerkt, dass ich am Vorabend einen Essanfall hatte“) sowie abergläubisches Denken („Wenn ich etwas Käse esse, sieht man es sofort an meinen Hüften“) (vgl. Reich 2003a, S. 32).

Während die Entstehung von Bulimie über das Stress-Coping- und das Diät-Modell plausibel gezeichnet werden kann, ist dies für die Anorexie weniger klar. Für diese besteht das Versagen beim Diäthalten nicht im Essanfall, sondern im Nichterreichen extremer Ziele (Heatherton & Polivy 1992, Reich 2003a). Slade (1992) zeigte eine funktionale Analyse der Anorexie, die von den Autonomiekonflikten der Adoleszenz, Versagenserfahrungen und Problemen mit dem anderen Geschlecht ausgeht. Selbstwertprobleme und perfektionistische Tendenz lenken zu einem verstärkten Kontrollbedürfnis, das in Diätverhalten, Sistieren der Mensis und hypothalamischen Dysfunktionen mündet. Das Erfolgsgefühl, sich über extreme Diät selbst kontrollieren zu können, intensiviert dieses Verhalten mit allen seinen negativen Folgen und dem Vermeiden anderer Problembereiche, die ungeklärt bleiben, z. B. interpersoneller Beziehung zu Gleichaltrigen (vgl. Reich 2003a, S. 33).

2.6. Psychodynamische Faktoren

Die Bulimie ist ein Krankheitsbild, das vermutlich nicht aus einheitlichen psychodynamischen Mechanismen entsteht. Dennoch ist allen Patientinnen neben der Symptomatik gemeinsam, dass große Probleme im Bereich des Selbstwerts bestehen. Bei vielen Patientinnen ist von einer überwiegend frühen Störung der Selbstentwicklung die Rede. Dabei kann die bei allen Patientinnen vorliegende Fixierung auf den Körper und das Gewicht als Versuch erfasst werden, die in früher Kindheit misslungene Ausgewogenheit in der narzisstischen Besetzung des Körper-Selbst zu kontrollieren und zu kompensieren (Wietersheim 2008, S. 715).

Bulimie wird aus psychoanalytischer Sicht häufig mit Störungen der frühkindlichen Separation und Individuation von den primären Beziehungspersonen, insbesondere der Mutter beschrieben. Die Patientinnen mit Bulimie werden gemäß diesen Konzeptionen in ihren basalen Bedürfnissen nach einer haltenden Umgebung, Versorgung, Beruhigung und narzisstischer Zufuhr nicht zufrieden gestellt (Johnson & Connors 1987, Sands 1991, Schneider-Henn 1988, Sugarman 1991, Wardetzki 1990). Die Patientinnen erhalten von den primären Beziehungspersonen unausreichende Distanz (Krüger 1990, Sands 1991, Schneider-Henn 1988, Sugarman 1991, Wardetzki 1990, Reich 2003a), ebenso das Körperbild, so dass keine Körpergrenzen entstehen können (Krüger 1990, Sands 1991). Das Essen wird zum anthromorphisierten Regulator von Spannungen eingesetzt (Johnson & Connors 1987, Reich 2003a). Patientinnen mit Bulimie zeigen sich mit einer pseudoreifen Autonomie, wobei aufgrund der mangelnden frühen Zuwendung dysphorische verstörte innere Zustände abgewehrt oder abgespalten sind. Es erscheinen ein „falsches Selbst“ (Johnson & Connors 1987, Reich 2003a) bzw. zwei Selbstanteile wobei das „bulimische Selbst“ (Sands 1991, Reich 2003a), das eng mit dem Körperselbst korreliert, die dunklen, gierigen und schambesetzten Seiten der Person darstellt. Auf der einen Seite bestehen starke Wünsche nach Bindung und Abhängigkeit, die die aus dem mütterlichen „Unterinvolviertsein“ resultierenden Gefühle von Leere und Wertlosigkeit beseitigen helfen sollen, auf der anderen Seite zeigen sich starke Bindungsängste aufgrund befürchteter Enttäuschung oder Zurückweisung (Johnson & Connors 1987, vgl. Reich 1999b, S. 23).

Es zeigen sich bei Patientinnen mit Bulimie vor allem ödipale Konflikte, die in der Adoleszenz wiederbelebt werden und aufgrund konflikthafter Identifikationen durch Regression auf orales Erleben abgewehrt werden müssen (Sugarman 1991, Diebel-Braune 1991, vgl. Reich 1999b, S. 24). Diebel-Braune (1991) gab an, dass bei den von ihr untersuchten Patientinnen in deren Adoleszenz massive Partnerschaftskonflikte, Trennungen

und Scheidungen der Eltern Bedeutung hatten. Das väterliche Verhalten war ungeeignet, die ödipale Konstellation der Adoleszenz zu bewältigen. Hierdurch wurden die bulimischen Mädchen hinsichtlich der Bindung zur Mutter abgelehnt (vgl. Reich 1999b, S. 24). Zum Ablauf der bulimischen Symptomatik und deren Aufrecherthaltung entwickelten. Habermas und Müller (1986), Johnson und Connors (1987) und Feiereis (1989) ein Kreismodell, in deren Mittelpunkt eine Ich-Spaltung in ein machtloses, beobachtendes und eine die bulimische Handlung durchführendes, zunächst gieriges, nach dem Essanfall aber ängstliches Ich steht. Die bulimische Handlung erhält sich selbst über die hierdurch ausgelösten depressiven Affekte (Scham, Selbstverurteilung) sowie das anschließende restriktive Essverhalten aufrecht. Dieses Modell bildet eine Korrelation zu den anschließend dargestellten kognitiv-behavioralen Modellen.

Reich (2001, S.44) und Habermas (1990a) beschrieben die Bulimie als „elaborierte habitualisierte Impulshandlung“. „Die bulimische Impulshandlung ist eine Technik, mit innerseelischen Spannungen mittels dinglicher Objekte fertigzuwerden, und liegt zwischen unwillkürlichen Symptomen, unbewusst-intrapsychischer Abwehr und sanktionierter Kulturtechnik (Habermas 1990a). Sie ist zeitweise ich-synton, zeitweise wiederum ich-dyston. Dieser Wechsel zwischen Ich-Syntonizität und Ich-Dystonizität geht auf einen tiefergehenden Identitätskonflikt, unter dem bulimische Patientinnen typischerweise leiden, zurück (Johnson & Connors 1987, Reich 1992, Schupak-Neuberg & Nemeroff 1993). Dieser Konflikt besteht aus einem Selbstanteil der Aktivität, des Funktionierens, der Selbstkontrolle und Autonomie, den die Patientinnen nach außen im Alltag darstellen möchten, einem idealen Selbst und einem Selbstanteil der Bedürftigkeit, Schwäche und Unkontrolliertheit, der als Makel, als Defekt erlebt und verborgen wird, einem defekten Selbst“ (Reich 1997, S. 44). Dieser Konflikt wird auf den Körper verschoben. Dabei steht Schlankheit für Makellosigkeit, Stärke, Selbstkontrolle, Leistungsfähigkeit und Attraktivität. Schlankheit stellt also die idealen Selbstanteile dar. Essen kennzeichnet demgegenüber regressive Bedürfnisbefriedigung Schwäche, Kontrollverlust und Beschämung, die durch das Erbrechen oder andere Gegenregulierungsmaßnahmen rückgängig gemacht werden sollen. Essen und insbesondere die Essanfälle stellen also die als defekt und unzulänglich erlebten Selbstanteile dar. Das Essen und die jeweiligen Gegenregulierungen können verschiedene Funktionen in der Konflikt- und Affektregulierung übernehmen, z. B. libidinös oder aggressiv besetzt sein. Zudem sind sie von kognitiver Einengung oder Diffusion und von der Blockierung affektiven Erlebens begleitet (Reich 1997).

Patientinnen mit Bulimie zeigen vor allem Angst vor Zurückweisung, Beschämung und Überwältigung. In der Abwehrstruktur dominieren neben der Verleugnung die Identifikation mit dem Aggressor, die Verkehrung ins Gegenteil insbesondere die Abwehr durch Handeln, die die Symptomwahl begünstigt, zudem die Affektblockierung. Die Patientinnen leiden an einer Phantasie des Defektes und starken Schamkonflikten, einer affektiven Instabilität, die zusammen mit einer starken Betonung von Essen und äußerer Erscheinung in den Familien sowie den Konflikten in der Adoleszenz die Verschiebung der Identitätskonflikte auf den Körper begünstigen. Auslösend für die Bulimie sind häufig Situationen, in denen die Patientinnen glauben, sich bewähren zu müssen, und sich sehr unsicher bezüglich ihrer Attraktivität oder Kompetenz fühlen. Dies ist oft in der Verselbständigungsphase, kurz vor oder nach dem Verlassen des Elternhauses, der Fall. Zudem können Trennungen und starke Affekte symptomauslösend wirken. Die Verschiebung der Konflikte auf Körper und Aussehen führen in einen bulimischen Zirkel, der wiederum die zugrundeliegenden Konflikte und die affektive Instabilität verstärkt (vgl. Reich 1999b, S. 25f).

Im Vergleich zur Bulimie, so Reich (1997), die ein Handlungssymptom sei, bestehe Anorexie wesentlich im Unterlassen einer Handlung, nämlich im Nichtessen.

Das Leid der Patientinnen ist Folge von in der Adoleszenzkrise auftretenden Konflikten und von Versuchen, diese Konflikte zu bewältigen. Dabei ist das Scheitern in der Bewältigung dieses existenziellen Grundkonfliktes (Angst vor vernichtender Einsamkeit bei Verwirklichung der Autonomiebestrebungen vs Angst vor Selbstaufgabe bzw. Selbstauflösung bei Erfüllung der Anlehnungswünsche) nicht spezifisch für die Anorexia nervosa, sondern kann auch bei der Bulimia nervosa und anderen schweren psychischen Störungen beobachtet werden (vgl. Köhle et al. 2008, S. 697).

Spezifisch für die Anorexia nervosa ist jedoch die „Gestalt“, die die scheiternde Bewältigung dieses Konfliktes annimmt:

Das *Hungern* als *Daueraktivität* und der durch die Nahrungskarenz abgemagerte Körper lassen sich als *ikonographischer Selbstausdruck* bezeichnen („Icon“ als semiotisches Zeichen nach *Pierce*). In einer der Patientin nicht bewusst zugänglichen Weise sind das Hungern und der durch das Hungern gezeichnete Körper Zeichen des Eigen- und Selbstseins. Dieses durch ständig abgehandelte (Hungern) und Körper Substrat manifest gewordene „Selbstzeichen“ entbehrt der Beweglichkeit, die zu Zeichen auf der symbolischen Ebene gehören: Würde das Hungern aufgegeben und verlöre der Körper seine Magerkeit, wäre mit dem Zeichen auch das Bezeichnete, hier das Selbst, verloren. Mit Bezug auf diese existenzielle Dimension, in der Hungern und Magerkeit zu Ikonen des Selbst werden, lässt sich ein Zugang zu der

„Panik“ finden, mit der Anorexia-nervosa-Patientinnen auf die mit jeder Psychotherapie abgezielte Gewichtszunahme reagieren: Sie können ihren ausgezehrten Körper eben gerade zu Beginn der Behandlung nicht als Symbol ihres Wunsches nach Individuation erfassen: er ist für sie die Summe all dessen, was ihre Eigenheit ausmacht. Die bei Patientinnen mit Anorexie fast regelmäßig zu beobachtende soziale Isolation lässt sich hier einordnen: Patientinnen mit Anorexie haben kein Interesse an ihrer Umgebung. Statt mit Freizeitaktivitäten, mit Freundschaften, mit der beruflichen Situation, mit Mode und Kosmetikproblemen aktivieren sie sich mit Fasten und Selbstbeherrschung. Hier erkämpfte Erfolge werden im Erleben zum Beweis der eigenen Unabhängigkeit und der Überlegenheit: Die anderen sind „primitiv“, ihren Körpergefühlen ausgeliefert (vgl. Köhle et al. 2008, S. 697).

Thomä (1961) stellte fest, dass der Kern der Störung in der Regel die Unsicherheit des Subjektes ist, die Grenze zum Objekt bewahren zu können. Nach Reich (1997) ist, dass die Anorexie der Versuch, die Raumgrenze zwischen der eigenen Person und anderen Personen, den Abstand zu Mutter, Vater und anderen aufrechtzuerhalten, ohne sich von diesen loszulösen. Dies wird als eine Kompromissbildung angesehen.

Feiereis (1989) legte ein Kreismodell der Aufrechterhaltung der anorektischen Symptomatik unter psychodynamischen Gesichtspunkten vor. Den Mittelpunkt dieses Modells bildet einen intrapsychischer Aufspaltungsvorgang mit einer Verleugnung des Hungergefühls und der Gewichtsabnahme, einer altruistischen Projektion dieser Gefühle auf die Familie, die von der Patientin oral versorgt wird, sowie eine Sublimierung des Hungers durch starke Beschäftigung mit Ernährungswissen. Die durch diese Dreiteilung erfahrene Befriedigung verstärkt die Angst vor der Gewichtszunahme und das Fasten.

Nach Reich (1997) scheint, dass es bei der Anorexie angemessener, die Erkrankung als Kompromissbildung zu betrachten, die durch die Betrachtung der gesamten Entwicklung bis in die Adoleszenz hinein zu erfassen ist (vgl. Reich 1999b, S. 27). Dabei sind folgende Faktoren wesentlich:

Die Autonomieentwicklung von Patientinnen mit Anorexie ist fraglich, da Reifungsschritte durch Trennungserfahrungen, explorative und aggressive Äußerungen beschränkt werden. Es besteht ein oberflächlicher emotionaler Austauch zwischen Kind und Beziehungspersonen, in dem der affektive Ausdruck eingeengt ist. Dabei ist die Zuwendung ambivalent. Die ödipalen Konflikte bleiben ungeklärt. Häufig kommt es zu einer negativen und umgekehrten Lösung des ödipalen Konfliktes. Statt mit der Mutter um den Vater zu konkurrieren, identifiziert sich die Patientin mit diesem und konkurriert mit ihm um die Mutter, verhält sich gleichsam als

„bessere Partnerin“ bzw. als „besserer Partner“. Das Über-Ich der Patientinnen erscheint als harmonie-, leistungs- und verzichtsorientiert. Zugleich werden Selbstkontrolle und Autonomie bzw. Autarkie betont. Das Vertreten eigener Wünsche und Forderungen führt oft zu heftigen Schuldgefühlen. Zentral sind Ängste vor Auflösung der Grenzen, Kontrollverlust, Trennung oder Triebhaftigkeit. In der Abwehrstruktur dominieren neben der Isolierung und Reaktionsbildung vor allem die Verleugnung, die altruistische Abtretung und die Wendung von Aggressivität gegen das Selbst. Die Verschiebung der Konflikte um Kontrolle und Grenzen wird häufig dadurch begünstigt, dass Essen in den Familien ein wesentliches Medium emotionaler Intimität und interpersoneller Kontrolle ist, zudem dadurch, dass die Körperveränderungen in der Adoleszenz als gefährlich und als Zeichen eigener Ohnmacht angesehen werden. Zentral sind Ängste vor Auflösung der Grenzen und Kontrollverlust, Trennung, offenen Konflikten, Weiblichkeit und Rezeptivität, die zugleich Auslieferung bedeuten, sowie vor Triebhaftigkeit. Auslösend für die magersüchtige Entwicklung sind neben den oben erwähnten Körperveränderungen der beginnenden Adoleszenz oft erste Trennungserfahrungen von der Familie, Abweichungen von deren Normen oder Versuchungssituationen, in denen triebhaftes Erleben mobilisiert wird. Die Entwicklungskonflikte der Patientinnen mit Anorexie können verschiedene Ausformungen haben. Sie können um die Trennung von den „Primärobjekten“, um den Kampf um Autonomie, um die Abwehr der weiblichen Identität oder auch um phallische Rivalität mit anderen Frauen zentriert sein (Reich 2003a). Essen kann dabei auch mit Verschmelzung, Abhängigkeit, Frau-werden, wie andere Frauen zu sein gleichgesetzt werden. Die Abmagerung schafft entgegenwirkende Funktionen. Diese allerdings sind unsichtbar. Das Abmagern kann die Funktion haben, sich abzugrenzen, sich zu trennen, Ablehnung auszudrücken und zu erkämpfen, ohne dies offen tun zu müssen. Das Zeigen des mageren Körpers kann als eine heimliche Anklage an die Eltern oder als ein verdecktes Konkurrieren fungieren. Mit dem Abmagern nehmen Triebdruck und Kontrollbemühungen zu. Wesentlich für die Aufrechterhaltung der anorektischen Symptomatik ist, dass hiermit Kontrolle und Einflussmöglichkeiten erhalten werden können, die im Einklang mit einem Verbundenheit und Verzicht fordernden Über-Ich stehen. Dies verleiht den Patientinnen ein Gefühl von Omnipotenz, des narzisstischen Einklanges von Wünschen, Ideal und Gewissen (vgl. Reich 1999b, S. 27f).

Verstehen und Deuten des anorektischen Verhaltens und Seins bedeutet, diese als symbolischen Ausdruck psychischer Konflikte zu sehen. Diese als Triebkonflikte und deren

Abwehr- bzw. Bewältigungsvorgänge lassen sich nach Meyer (1970) und Engel & Meyer 1991) in drei Hauptkonstellationen darstellen:

1. *Abwehr weiblicher Bedürfnisse- Kämpfe gegen die Sexualität als Trieb- „genitale Konfiguration“ - Die* Abwehr richtet sich gegen die Übernahme der weiblichen Rolle als solcher, besonders aber gegen die Inkorporationsaspekte weiblicher Sexualität nicht nur auf der genitalen, sondern auch auf der oralen Ebene. Weibliche Sexualität zeigt Parallelen zum Essen (In sich- Hineinnehmen von Glied und Samen; Dickwerden durch Schwangerschaft). So zeigen Kinder z. B. Phantasien über „orale Schwängerung“. Über die Abwehrmechanismen „Regression“ und „Verschiebung“ werden die jetzt in der Pubertät auftretenden genital-sexuellen Triebimpulse in den oralen Bereich zurückverlegt. Die Abwehr hat neben dem innerpsychischen Erfolg (Angstreduktion) auch eine reale Funktion: Mit zunehmender Abmagerung verringern sich die sekundären Geschlechtsmerkmale, die erotisch-sexuelle Anziehung verringert sich in der Phantasie und bald auch in der Realität; damit verbessern die Patientinnen wiederum ihr Gefühl, sich selbst im Griff zu haben.
2. *Kampf um Autonomie- Abwehr von Essen und Anstreben von Magerkeit als Kampf von Geist gegen Trieb - „anale Konfiguration“* - Während der analen Entwicklungsphase wurde den Kindern beigebracht (oft verbunden in Form mit erheblichen Frustrationen betreffend Sauberkeitstraining), dass Körperbeherrschung höher bewertet wird und mehr Sicherheit verleiht, als wenn sie sich treiben oder gehen lassen, Entsprechende moralische Imperative werden auch später gegen neue Triebgefahren verwendet, wenn sie die oft nur notdürftig gewonnene Autonomie zu gefährden drohen: gegen die Sexualität, aber auch gegen die „Völlerei“ als „eine der sieben Todsünden“. Fasten gibt sich dann als „geistige“ , asketische Leistung aus. Die erreichte Magerkeit beweist dies gegenüber der Umwelt. Die Zuflucht zu asketischen Idealen findet sich während der Pubertät recht häufig (Freud 1959).
3. *Abwehr des Essens als Kampf gegen den Wunsch nach Annäherung -„orale Konfiguration“-* Essen korreliert während der oralen Phase mit Nähe, mit Hautkontakt, mit Zusammensein. Die Nahrungsaufnahme kann diese Bedeutung beibehalten (stärkere Fixierung) oder wiedergewinnen (Regression). Sprachlich drückt sich dies im Wort „Kumpan“ oder „Compagnon“ (derjenige, mit dem man das teilt) aus (Thomä 1961). Die Magersüchtigen befinden sich im Konflikt zwischen (unbewussten) Wünschen nach Nähe und damit verbundenen unlustvollen bzw. angstregenden Empfindungen und Phantasien. Mit ihrem Abgrenzungsverhalten versuchen sie eine Kompromisslösung: Sie stellen eine Verbindung her, in der andere etwas von ihnen wollen, sie selbst sich aber ablehnen können (Boothe 1991, vgl. Köhle et al. 2008, S. 699).

3. Adipositas und Binge-Eating-Störung

3.1 Adipositas

Die Adipositas (das Übergewicht) wurde als eine der Zivilisationserscheinungen angesehen, die man lange verharmloste; die körperlichen und psychosozialen Auswirkungen sind groß. Das Phänomen verdoppelte oder verdreifachte sich in den letzten 20 Jahren und alle Altergruppen sind davon betroffen. Epidemiologische Studien zeigen schon für Kinder und Jugendliche rasant ansteigende Befunde. So schwanken für diese Altersgruppe die Aufretenshäufigkeiten zwischen 10% in Frankreich und 20% in Deutschland bis knapp 30% in Italien, Chile und den USA (Petermann & Pudel 2003, S. 41ff).

„Übergewicht“ und „Adipositas“ werden häufig als synonyme Begriffe verwandt, was die Definition der Messeinheit und eine Klärung der Begrifflichkeit notwendig macht (Herpertz & Saller 2001). Der Broca-Index[4], der von dem Chirurgen Broca entwickelt wurde, ist wegen geringer Sensibilität auf Körperfettmasse durch den Body-Mass-Index[5] ersetzt worden (Herpertz & Saller 2001). Die Klassifikation von Übergewicht anhand des BMI wird durch die Tabelle 3.1 (Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. 1998) und die Tabelle 3. 2 (Herpertz & Saller 2001) wiedergegeben.

Tabelle 3.1 BMI-Gruppen

BMI-Werte: Frauen	BMI-Gewichtsgruppe	BMI-Werte: Männer	BMI-Gewichtsgruppe
≤17.5	Starkes Untergewicht	≤17.5	Starkes Untergewicht
>17.5 und <19	Untergewicht	>17.5 und <20	Untergewicht
19≤ und ≤24	Normalgewicht	20≤ und ≤25	Normalgewicht
>24	Übergewicht	>25	Übergewicht

Tabelle 3.2 Klassifikation der Adipositas anhand des Body-Mass-Index

Klassifikation	BMI (kg/m²)
Normalgewicht	18.5-24.9
Übergewicht	≥25
Präadipositas	25.0-29.9
Adipositas Grad I	30.0-34.9
Adipositas Grad II	35.0-39.9
Adipositas Grad III	>40

[4] Broca-Index, Normalgewicht = Körperlänge in cm − 100
[5] Body mass index=Körpergewicht (kg)/Körpergröße (m²)

3.1.1 Epidemiologie

Die Studie „Second nation health and nutrition examination survey“ in den USA hat ergeben, dass in dem Zeitraum von 1976 bis 1980 34 Millionen US-Amerikaner (25.7%) übergewichtig waren **(**Kuczmarski 1992**).** Die aktuellen Referenzwerte des Robert-Koch-Instituts haben eine hohe Prävalenz von Übergewicht und Adipositas in Deutschland angegeben (Mensink 2002). Insgesamt sind 45,1% bzw. 32,4% der Männer und Frauen in Ostdeutschland und 48,7% bzw. 31% der Männer in Westdeutschland übergewichtig. Gleichzeitig wurden 21% bzw. 24,5% der Männer und Frauen in Ostdeutschland und 18,3% bzw. 21,15 % der Männer und Frauen in Westdeutschland als adipös klassifiziert. Die Studien in anderen Industrieländern hatten belegt, dass die Prozentzahl der Übergewichtigen zunimmt (Gulliford et al.1992, Kuczmarski et al.1995, Kuskowska-Wolk & Bergström 1993).

3.1.2 Mortalität

Alle größeren prospektiven Studien (n>20,000) belegen, dass sich ab einem BMI>35kg/m*m sich die Mortalität fast verdoppelt und die Mortalität im Rahmen von Stoffwechsel- und Herz–Kreislauf-Erkrankungen um 25% zugenommen hat (Herpertz & Saller 2001). Wirth (2003) fand heraus, dass sich aufgrund von gehäuften kardiovaskulären Risikofaktoren bei Adipositas die Sterblichkeit erhöht. Die größte Untersuchung zur Mortalität bei Adipositas ist die „Cancer Prevention Study I“I der American Cancer Society (Calle et al. 1999). Die Verfasser dieser Studie gaben an, dass die Mortalität ab einem BMI von 30 kg/mm stark zunimmt, bei den jungen Leuten deutlicher als bei Personen über 75 Jahre. Wenn der BMI 40kg/mm übersteigt, ist die Mortalität um das 2.9-fache erhöht. Calle et al. (1999) stellt fest, dass „Adipositas sich bei Älteren negativ auf die Lebenserwartung auswirkt“.

3.1.3 Ätiologie

Das Übergewicht wurde als der Nachteil von einer in den letzten 50 Jahren entstandenen Überernährungsgesellschaft betrachtet (Sjöström et al. 1992). Diese führt zu permanenten Überflussbedingungen und abnehmender körperlicher Bewegung (Herpertz & Saller 2001). Übergewicht wird heute als Interaktion zwischen genetischen und Umweltfaktoren angesehen

(Ellrott & Pudel 1998). Studien haben belegt, dass der große Teil der Varianz des Körpergewichts auf Bevölkerungsebene auf Umweltfaktoren zurückgeht (Hebebrand & Remschmidt 1995).

3.1.4 Psychosoziale Aspekte der Adipositas

Adipositas und Familie

Die Familie ist Vorbild für Kinder und somit für Regeln und Muster von angemessenem und unangemessenem Essverhalten. Ein unangemessenes Essverhalten wird durch eine gestörte Hunger- und Sättigungsregulation übergewichtiger Kinder und Jugendlicher grundlegend beeinflusst. Eine gestörte Regulation liegt häufig vor, wenn Eltern Nahrungsmittel als Belohnung oder Bestrafung verwenden. In solchen Fällen wird das Nahrungsangebot häufig als Ersatz für emotionale Zuwendung eingesetzt (Petermann & Häring 2003, S. 263f). Die Vorliebe für den Verzehr bestimmter Nahrungsmittel wird auch durch die Verfügbarkeit von Lebensmitteln entschieden. Wenn im Haushalt vorwiegend fettige und zuckerhaltige Lebensmittel vorrätig sind, sind die Kinder an diesen Geschmack gewöhnt (Birch 1979). Die Interaktion in Familien mit adipösen Kindern zeigt häufig dysfunktionale Kommunikations- und Konfliktbewältigungsmuster (Petermann & Häring 2003, S. 265). Studien belegen, dass familiäre Strukturen auf die Entwicklung der Adipositas im Kindesalter Einfluss haben. Wenn Kinder sozial und/oder emotional vernachlässigt werden, gibt es ein neunfach erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Adipositas. Eine Vernachlässigung der Kinder führt zu einem unkontrollierbaren aversiven Reiz (Petermann & Petermann 2003). Es wird ein siebenfach erhöhtes Risiko bei Kindern angegeben, die sich nicht in einer intakten Familienumgebung entwickeln (Lissau & Sorensen 1994). Es wird ein viereinhalbfach erhöhtes Risiko bei Kindern angegeben, deren Eltern keine Kenntnis über den kindlichen Süßigkeitenkonsum haben (Lissau et al. 1993).

Adipositas und sozialer Status

Goldblatt et al. (1965) hatten angegeben, dass im Vergleich zu den Frauen der Oberschicht die Frauen mit dem niedrigen sozialökonomischen Status sechs mal häufiger Adipositas gezeigt haben. Bei Männern war der Unterschied nur zweimal so groß. Fast 30% der Frauen aus der Unterschicht, 16% der Frauen mit dem mittleren Status und nur 5% der Gruppe mit dem höchsten sozialökonomischen Status waren adipös. Die Studie von Hällstrom und Noppa

(1981) zeigte eine negative Beziehung zwischen Adipositas und Schulbildung. Eine Änderung des sozialökonomischen Status' wirkt sich signifikant auf das Körpergewicht aus. Goldblatt et al. (1965) haben angegeben, dass bei Verschlechterungen des sozialökonomischen Status' gleichzeitig die Adipositashäufigkeit ansteigt. Ross (1994) hat durch das Ergebnis einer Zufallsstichprobe von 2020 amerikanischen Erwachsenen von 18 bis 90 Jahren einen Zusammenhang zwischen BMI, Depressivität und Bildungsstand angegeben: Nur bei der Gruppe der gut Ausgebildeten mit hohem Familieneinkommen präsentierten sich bei Adipositas erhöhte Depressivitätswerte. Dies galt für Männer und Frauen, bei Frauen war der Effekt deutlicher gekennzeichnet. Forster und Waaden (1994) hatten herausgefunden, dass adipöse Frauen der oberen Sozialschichten diesbezüglich am unzufriedensten waren. Das bestätigt den Einfluss der sozialen Schicht bei der Beurteilung des eigenen Körpers.

Gesellschaftliche Vorurteile und Sozialdiskriminierung und ihre Folgen

Die Korrelation zwischen Alter und der Diskriminierung eines dicken Kindes ist bereit ab sieben Jahren nachgewiesen (Staffieri 1967). Adipositaskinder erfahren mehr Ablehnung als Kinder mit normalem Körpergewicht (Maddox et al. 1968). Eine Studie mit 1039 Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 16 bis 24 Jahren hat ergeben, dass Übergewicht in jungen Jahren zu starken sozialen und ökonomischen Nachteilen führt. Strauss (2000) gab an, dass die Adipositas zu einer Selbstwertreduzierung führt. Eine pfadanalytische Studie von Lunner et al. (2000) zeigte, dass „sich bei Mädchen aus dem BMI Hänseleien durch Gleichaltrige und die Unzufriedenheit mit dem Körper vorhersagen ließen und daraus wiederum das Essverhalten".

Psychodynamische Aspekte der Adipositas

Adipositas wurde als eine Störung der Persönlichkeit gekennzeichnet, die auf einen Mangel in der von Freud postulierten Oral-Phase zurückführen ist (Herpertz & Saller 2001). Der orale Charakter als ein Persönlichkeitstyp ist bei adipösen Menschen durch eine Unbefangenheit in sozialen Beziehungen bei gleichzeitiger passiver Abhängigkeit, ein übermäßiges Bedürfnis nach Zuwendung und Gefühlen von Minderwertigkeit gekennzeichnet (Herpertz & Saller 2001). Essen wurde unter anderem im Sinne einer psychologischen Abwehr als eine Regression und damit eine Möglichkeit zur Bewältigung negativer Gefühle, wie z. B. Angst und Depression, betrachtet **(**Rascovsky et al. 1950**).**

3.2 Binge-Eating-Störung

3.2.1 Definition

Ungefähr 20 bis 30% der übergewichtigen Patientinnen, die Behandlung suchen, geben unkontrollierbare Heißhungeranfälle an, ohne dass es zu dem bei der Bulimie typischen kompensatorischen Verhalten führt (Krüger et al. 2001a.). Das DSM-IV (1994) hat diese Symptomatologie als Binge-Eating-Disorder bezeichnet. Eine Episode von Fressanfällen ist durch die folgenden Kriterien charakterisiert:

-- Essen einer Nahrungsmenge in einem begegrenzten Zeitraum von z.B. zwei Stunden, die definitiv größer ist als die von den meisten Menschen in einem ähnlichen Zeitraum unter ähnlichen Umständen gegessene Menge.

-- Ein Gefühl des Kontrollverlustes über das Essen während der Episode: Man kann mit dem Essen nicht aufhören bzw. man kann nicht kontrollieren, was und wie viel man isst.

Die Episoden von Fressanfällen treten gemeinsam mit mindestens drei der folgenden Symptome auf:

-- Es wird wesentlich schneller gegessen als normal.

-- Es wird bis zu einem unangenehmen Völlegefühl gegessen.

-- Es werden große Nahrungsmengen gegessen, obwohl man sich körperlich nicht hungrig fühlt.

-- Die betreffende Person isst allein, weil sie sich der Menge des Gegessenen schämt.

-- Nach dem übermäßigen Essen treten Gefühle von Ekel gegenüber sich selbst, Deprimiertheit oder starker Schuld auf.

Es besteht deutliches Leiden wegen der Fressanfälle.

Die Fressanfälle treten im Durchschnitt an mindestens zwei Tagen in der Woche über einen Zeitraum von sechs Monaten auf.

Die Fressanfälle treten nicht in Kombination mit dem regelmäßigen Einsatz von kompensatorischen Verhaltensweisen, wie z. B. *Purging-Verhalten*, Fasten oder exzessiver körperlicher Betätigung wie im Verlauf einer Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa, auf Patienten mit Binge-Eating-Störung zeigen folgende Charakteristika gegenüber adipösen Patienten ohne Binge-Eating-Störung (Krüger 2001b):

Die Patienten haben eine ausgeprägtere Adipositas, 10% der Patienten haben einen BMI unter 29, 40% der Patienten mit BMI über 30 litten unter Binge-Eating-Störung (Yanowski 1993). Sie machen häufiger Diätversuche (Marcus 1995). Sie zeigen in Fragebogen und strukturierten Interviews ein 13fach erhöhtes Risiko für psychosoziale Dysfunktionen und

psychiatrische Symptome, speziell Major Depression, sowie höhere Raten von Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen (Mitchell & Mussell 1995, Yanowski 1993).

Es sind im Verhältnis 3:2 mehr Frauen als Männer betroffen.

3.2.2 Risikofaktoren

Fairburn et al. (1998) hatten 52 Frauen mit Binge-Eating-Störung und 102 Patientinnen mit Bulimie mit Patienten mit anderen psychiatrischen Erkrankungen, ohne Essstörung verglichen. Im Vergleich zu der Gruppe ohne Essstörung hatten Frauen mit der Binge-Eating-Störung mehr Selbstwertprobleme, wenig freundschaftliche Beziehungen und eine stärkere Neigung zu Depression. Sie wurden häufiger wegen ihres Aussehens und ihres Gewichts im Familienkreis kritisiert. Die emotionale Zuwendung in der Familie war gestört und sie berichten über mehr sexuelle und körperliche Missbrauchserfahrung. Im Vergleich zu der psychiatrischen Gruppe trat Adipositas bei den Frauen mit Binge-Eating-Störung häufiger auf. Krüger (2001b) hat zusammengefasst, dass die Familien der Patienten mit Binge-Eating-Störung gekennzeichnet sind durch weniger Zusammenhalt und Zuwendung und gleichzeitig mehr Kontrolle und Konflikte. Sie zeigten weniger Anreize zur aktiven Gestaltung freier Zeit als andere essgestörte und gesunde Menschen; sie bewerten sich selbst auch weniger perfektionistisch.

3.2.3 Komorbidität

Bei der Binge-Eating-Störung zeigt sich häufig eine psychiatrische und psychopathologische Komorbidität (de Zwaan et al.1994). Wadden (1993) gab an, dass die Interaktion zwischen Adipositas und Depression die depressive Symptomatik verstärkt. Laut Marcus (1997) bemühen sich, dass viele Menschen sich bemühen, ihre Stimmung zu kontrollieren, es zeigt sich, dass sich Gewicht und Essverhalten sich gegenseitig negativ beeinflussen.

Mussel et al. (1995) waren der Ansicht, dass eine „Binge-Eating-Störung bei vielen Patienten mit Adipositas und der Entwicklung einer affektiven Erkrankung zusammengeht“. Bei der Binge-Eating-Störung zeigen sich die Borderline-Störung bis zu 16%, die vermeidende Persönlichkeitsstörung bis 9% und die histrionische Persönlichkeitsstörung gegenüber Vergleichgruppen erhöht.

4. Zielsetzung

Die Arbeit hat das Ziel, das Ernährungsverhalten junger Chinesen zu untersuchen, dabei unterschiedliche essstörungsspezifische Einstellungen und Einflussfaktoren in den beiden Volksgruppen der Han-Chinesen und Uiguren zu vergleichen. Außerdem sollen Ansätze zur Prävention hinsichtlich Essstörungen diskutiert werden.

4.1. Vergleich zwischen Volksgruppen

In den kulturvergleichenden Studien, die von dem Autor verwertet wurden, geht es
1) um einen Vergleich zwischen Einheimischen westlicher Länder und Immigranten aus Entwicklungsländern (Humphry & Ricciardelli 2004, Thompson et al. 1997)
2) um den Vergleich zwischen Immigranten aus den Entwicklungsländern und den Einheimischen ihrer Herkunftsländer, pakistanischen Immigranten in England und Pakistanern in Pakistan (Mumford et al. 1992). Es gibt eine lineare Korrelation zwischen der Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und dem Einfluss des Westens (Lee & Lee 2000). Der westliche Einfluss besteht aus zwei Teilen:
1) einem ökonomisch-sozialen Teil,
2) der Ernährung.

In China gibt es einige ethnische Minderheiten. Diese Volksgruppen stammen aus nomadischen Familien, ihre Essgewohnheiten sind mehr westlich orientiert, sie verbrauchen mehr Milchprodukte, Fleisch etc. als Han (Wang et al. 2001). Obwohl sie meistens in den Unterentwicklungsgebieten leben, ist der Anteil der Erwachsenen mit Übergewicht und Adipositas sehr hoch.

Auf der einen Seite sind die wirtschaftliche Entwicklung, Kultur und soziale Struktur in Gebieten, die von Minderheiten bewohnt werden, nicht so stark entwickelt wie im Osten, auf der anderen Seite ist ihre Ernährung schon stärker nach Westen orientiert. Bis heute gibt es keine Studie zu einem Vergleich zwischen der Ernährung einer wirtschaftlich hochentwickelten Volksgruppe und einer verwestlichten Gruppe.

Zwei Volksgruppen, drei Probandengruppen in zwei Städten, Han-Chinesen in Nanjing, Han-Chinesen in Urumqi sowie Uiguren in Urumqi wurden in dieser vorliegenden Studie verglichen.

Nanjing ist eine mittelgroße Stadt im Osten Chinas mit fünf Millionen Einwohnern (Einwohner sind vor allem Han-Chinesen) mit einem durchschnittlichen Einkommen von 2606 Euro/Jahr im Jahr 2005. Urumqi ist eine mittelgroße Stadt im Westen Chinas mit drei

Millionen Einwohnern (Bewohner sind gemischt) mit einem durchschnittlichen Einkommen von 1043 Euro/ Jahr im Jahr 2006.

Die prozentualen Anteile von Übergewicht und Adipositas von Uiguren in Urumqi, der Hauptstadt der Provinz Xinjiang, waren entsprechend 65,8% Übergewicht und 18,3% Adipositas (Zheng et al. 2005). Eine Studie mit 3000 zwischen 35-75 Jahre alten Uiguren in der Stadt Kashi im Süden der Provinz Xinjiang ergab Anteile von 69,6% Übergewicht sowie 23,5% Adipositas (Chen et al. 2005). Die Daten von Uiguren in den Städten Urumqi und Kashi waren deutlich höher als die Daten von Han-Chinesen wie eine Wang et al. (2001) durchgeführte Studie in elf chinesischen Städten ergaben, war dort 18,3% der Erwachsen übergewichtig, 2,5% adipös; Weiterhin waren die Ausprägungen von Übergewicht und Adipositas bei Uiguren signifikant höher als der prozentuale Anteil von Han-Chinesen in einer Studie von Zhou et al. (2005) in der Stadt Liuzhou im Süden Chinas (4,9% Üergewicht, 0,3% Adipositas), eine Studie von (Xie et al. 2002) in der chinesischen Hauptstadt Beijing von Han Chinesen (9,9% Übergewicht, 2% Adipositas).

Es liegt bereits eine Studie über das Minderwertigkeitsgefühl sowie den psychischen Charakter von ethnischen Minderheiten vor. Die Studie ergab, dass die Familienmitglieder aus amerikanisch-mexikanischen Familien mit einem niedrigen sozialökonomischen Status (SES) ein niedriges Selbstwertgefühl haben, welches mit der Armut, der patriarchalischen Struktur der Familien, Isolation, Schwierigkeiten bei der Integration und Alkoholismus korreliert (Taylor et al. 2002).

Die ethnische Minderheiten haben diese Schwierigkeiten, weil ihre Kultur und Tradition andere Werte setzen. Beispielsweise befinden sich Immigranten aus Asien in der westlichen Welt in einem Spannungsfeld zwischen ihrer Subkultur und einer mehr individuell betonten äußeren Welt (Triandis 1988). Hsu sieht den Grund, der Grund dafür, dass die Minderheiten in Taiwan ein derart starkes Minderwertigkeitsgefühl haben, darin, dass die Gesellschaft von den dominanten Werten der Han-Taiwanesen beherrscht ist und ihre eigene Kultur zur Subkultur geworden ist (Hsu 2005).

Die Zahl der Eheschließungen (innerhalb einer Volksgruppe oder zwischen verschiedenen) wird als einer der wichtigen Indikatoren für die Integration von ethnischen Minderheiten angesehen (Kulczycki & Lobo 2002). Der prozentuale Anteil von Schwarz-Weiß-Eheschließungen in Amerika steigt seit 1960, aber er befindet sich noch auf einem sehr niedrigen Niveau, was eine soziale Distanz zwischen den unterschiedlichen Volksgruppen in Amerika indiziert (Kalmijn 1993). Die Religion ist auch ein Hindernis für Eheschließungen unter verschiedenen Volksgruppen (Kulczycki & Lobo 2002). Muslime erlauben

Eheschließungen nur mit Muslimen. Die Uiguren haben die Tradition, nur unter ihresgleichen zu heiraten. Es kommt sehr selten vor, dass Uiguren Han-Chinesen heiraten, besonders in Süd- Xinjiang, dort liegt das dichteste Siedlungsgebiet der Uiguren (Xiu & Mao 2001).

Bei der Einwanderung in ein neues Kulturgebiet wird der psychologische Zustand der Immigranten verändert (Berry 1998). Es entsteht Integrationsstress (Perez et al. 2002). Dieser ist mit Depression (Hovey 1998) und Kommunikationsschwierigkeiten verbunden (Nicholson 1997).

Eine Studie hat belegt, dass der Integrationsstress und die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper bei weiblichen Latinos in den USA besonders auffällt (Perez et al. 2002). Diese Gruppe tendiert stärker zu Essverhaltensstörungen (Joiner & Kashubeck 1996). Eine Studie in England hat auch gezeigt, dass die muslimischen und asiatischen weiblichen Jugendlichen signifikant höhere EAT-Werte als die einheimischen Jugendlichen auswiesen (Thomas et al. 2000).

4.2. Vergleich zwischen unterschiedlichen EAT Gruppen

Es liegen relativ viele Untersuchungen über die Beziehung zwischen dem sozial-ökonomischem Status und den Essstörungen vor (Roger et al. 1996; Drewnowski et al. 1994; 1989; Buddeberg-Fischer et al. 1996). Erkannt wurde eine negative Beziehung zwischen dem Körpergewicht und dem persönlichen sozialökonomischen Status (Buddeberg-Fischer et al 1996). Desweiteren wurde eine negative Beziehung zwischen dem SES und dem EAT-Wert festgestellt (Buddeberg-Fischer et al. 1996). Kinder und Jugendliche mit niedrigem Ausbildungsniveau zeigten mehr Essstörungen als jungen Menschen mit höherem Ausbildungsniveau (Striegel-Moore et al. 2000). Die Ergebnisse sind nicht immer konsistent, es gibt keine Beziehung zwischen den gewichtsregulierenden Maßnahmen (z.B. absichtliches Übergeben) und dem SES (Roger et al. 1996). Das Diätverhalten kann spätere Essstörungen anzeigen (Stice 1998; Patton et al. 1999).

Wissenschaftler hatten durch eine große Studie mit amerikanischen Kindern zwischen 9 und 14 Jahren herausgefunden, dass Fressanfälle, absichtliches Übergeben und die Nutzung von Abführmitteln bei Mädchen ab 13 Jahren drastisch anstiegen (Prävalenz ca.3%), während diese Verhaltensweisen bei Jungen noch selten vorkamen (Prävalenz unter 1%) (Field et al. 1999). Eine Untersuchung im Libanon ergab, dass 8,8% der Studentinnen und 12,2 % der Studenten durch Extrem-Sport Fettgewebe reduzierten (Rema et al. 2002).

Es gibt in China auch Reports über Diätverhalten. Zheng und Huon (1999) untersuchten 344 Schülerinnen in Beijing. 57,3% der Probandinnen machten keine Diät. 38,1% der Probandinnen machten dies manchmal, und 1,7% der Probandinnen hatten häufiges Diätverhalten angegeben (Zheng & Huon 1999). Xiao, Qian and Huon hatten durch ihre Studie mit 219 Schülerinnen herausgefunden, dass 1,1% von ihnen sich absichtlich übergaben und Abführmittel benutzten (Xiao et al. 2001).

Es wurden drei Stufen für das Risiko-Schema für Essstörungen gebildet. Wenn ein Proband EAT-26 Werte (vgl. Abschnitt 6.2.1.1) über 20 hat, besteht eine große Gefahr für eine Essstörung (Buddeberg-Fischer et al. 1996). Bislang liegt nur eine Studie mit einem Vergleich der EAT- und EDI-Werte über das Drei-Stufen-Schema vor (Aschbrenner 2004). Wenn wir die Probanden der Risikogruppe `Essstörungen' (12 bis 25 jährige) betrachten, können wir ein Risiko für die Entstehung von Essstörungen bei chinesischen Jugendlichen besser verstehen.

4.3. Vergleich zwischen übergewichtigen Gruppen und anderen BMI Gruppen

Übergewicht und Adipositas sind nicht nur in Industrieländern verbreitet, sondern haben auch in jüngster Zeit in Entwicklungsländern zugenommen (Popkin & Doak 1998). Es gibt auch eine zunehmende Tendenz in den großen chinesischen Städten seit den 1990er Jahren (Ji et al. 2004). Im „China Health and Nutrition Survey" aus dem Jahr 1991 sind Daten jungen Menschen im Alter von 10 bis 18 Jahren zusammengetragen worden (Wang et al. 2002), von diesen waren 4,5% der Jungen und 4,5% der Mädchen übergewichtig. Eine Studie von Xie et al. (2003) bezog auf die Altersgruppe 11 bis 15 jähriger im Jahr 1999 hat ergeben, dass 12,5% der Jungen und 9,2% der Mädchen übergewichtig waren. In einer von Xie et al. (2007) durchgeführten Studie mit Altersangabe 12 bis 14 Jahre wurde herausgefunden, dass 17% der Jungen und 10% der Mädchen übergewichtig waren.

Während bei den Frauen aus Entwicklungsländern eine positive Korrelation zwischen dem sozialökonomischen Status und Adipositas gefunden wurde, war bei Frauen vornehmlich in Industrieländern eine negative Korrelation zu sehen (Herpertz & Saller 2001). Xie et al. fanden heraus, dass ein höheres Ausbildungsniveau der Eltern und ein höheres Familieneinkommen signifikante Risiken für Übergewicht von chinesischen Jugendlichen darstellen (Xie et al. 2007).

Favaro and Santonastaso stellten fest, dass psychiatrische Symptome von Müttern, nicht von Vätern, mit dem Ausmaß des Übergewichts ihrer Kinder korrelieren (Favaro & Santonastaso 1995). Zeller kam zu einem ähnlichen Ergebnis: Demnach läss sich eine

Beziehung zwischen der Sorge von Müttern und dem Übergewicht von ihren Kindern konstatieren (Zeller et al. 2004). Die Überbehütung durch den Vater ist laut Turner et al. ein Risikofaktor für das Übergewicht von Kindern (Turner et al. 2005).

Es ist bewiesen, dass einige psychische Probleme eng mit dem Übergewicht korrelieren, z. B. ein negatives Selbstwertgefühl, zunehmender Stress (Warschburger 2000). Nach Angaben von Braet et al. (1997) zeigten die übergewichtigen Kinder eine negativere physische Selbsteinschätzung als die normalgewichtige Kontrollgruppe. Die Ergebnisse sind nicht immer konstant. Einige Studien haben auch gezeigt, dass es keinen signifikanten Unterschied zwischen übergewichtigen Kindern und der Kontrollgruppe hinsichtlich des Selbstwertgefühls gibt (Kaplan & Wadden 1986, Wadden et al. 1984).

5. Fragestellung und Hypothesen:

Aus der Zielsetzung der Arbeit lassen sich nachfolgende Fragestellungen formulieren und daraus Hypothesen ableiten.

Vergleich zwischen Volksgruppen

Frage 1: Inwieweit unterscheiden sich das Klima der Herkunftsfamilien, Körpergewichtssorgen sowie die anderen essstörungsspezifischen Einstellungen von Uiguren und Han in Nanjing und in Urumqi?

Hypothese 1.1: Die Uiguren bewerten ihre Familien mit mehr Konfliktpotential behaftet als die Han in Nanjing und in Urumqi.

Hypothese 1.2: Die Uiguren haben mehr Körpergewichtssorgen als die Han in Nanjing und in Urumqi.

Hypothese 1.3: Die Uiguren zeigen stärkere essstörungsspezifische Einstellungen als die Han-Chinesen in Nanjing und in Urumqi.

Vergleich zwischen Gruppen mit unterschiedlichen EAT Werten

Frage 2: Inwieweit unterscheiden sich die Gruppen mit unterschiedlichen EAT-Werten im Hinblick auf das Klima der Herkunftsfamilien, Körpergewichtssorgen sowie die anderen essstörungsspezifischen Einstellungen?

Hypothese 2.1: Die Gruppe EAT≥20 bewertet ihre Familien mit mehr Konfliktpotential behaftet als die anderen Gruppen.

Hypothese 2.2: Die Gruppe EAT≥20 hat mehr Körpergewichtssorgen als die anderen Gruppen.

Hypothese 2.3: Die Gruppe EAT≥20 zeigt stärkere essstörungsspezifische Einstellungen als die anderen Gruppen.

Frage 3: Inwieweit unterscheiden sich die EAT-Mädchengruppen und EAT-Jungengruppen bei gewichtsregulierenden Maßnahmen?

Hypothese 3.1: Bei den gewichtsregulierenden Maßnahmen gibt es größere Anteilsunterschiede zwischen den EAT-Jungengruppen als zwischen den EAT-Mädchengruppen.

Frage 4: Welcher Unterschied besteht zwischen den Ausbildungsniveaus der Eltern bei Gruppen mit unterschiedlichen EAT-Werten?

Hypothese 5.1: Die Väter der Gruppe EAT≥20 zeigen einen geringeren Anteil in der Gruppe „Bachelor/Master".

Hypothese 5.2: Die Mütter der Gruppe EAT≥20 zeigen einen geringeren Anteil in der Gruppe „Bachelor/Master".

Vergleich zwischen Gruppen mit unterschiedlichen BMI Werten

Frage 5: Inwieweit unterscheiden sich die Übergewichtsgruppen von den anderen Körpergewichtsgruppen hinsichtlich des Klimas der Herkunftsfamilien, der Körpergewichtssorgen sowie die anderen essstörungsspezifischen Einstellungen?

Hypothese 4.1: Die Übergewichtsgruppe bewertet ihre Familien als konfliktreicher als die anderen Gewichtsgruppen.

Hypothese 4.2: Die Übergewichtsgruppe hat mehr Körpergewichtssorgen als die anderen Körpergewichtsgruppen.

Hypothese 4.3: Die Übergewichtsgruppe zeigt stärkere essstörungsspezifische Einstellungen als die anderen Körpergewichtsgruppen.

Frage 6: Welche Beziehung besteht zwischen den BMI-Werten der Probanden und den Hänseleien, der Bedeusamkeit der Schlankheit sowie den gewichtsregulierenden Maßnahmen der Probanden?

Hypothese 6.1: Der BMI der Probanden weist auf Hänseleien in den Familien hin.

Hypothese 6.2: Der BMI der Probanden weist auf Hänseleien von den Gleichaltrigen hin.

Hypothese 6.3: Der BMI der Probanden weist auf die Bedeusamkeit von Schlankheit hin.

Hypothese 6.4: Der BMI der Probanden weist auf gewichtsregulierende Maßnahmen der Probanden hin.

Frage 7: Welche Unterschiede gibt es zwischen den Ausbildungsniveaus der Eltern bei Gruppen mit unterschiedlichen BMI-Werten?

Hypothese 7.1: Die Väter der übergewichtigen Gruppen zeigen den höchsten Anteil in der Gruppe „Bachelor/Master".

Hypothese 7.2: Die Mütter der übergewichtigen Gruppen zeigen den höchsten Anteil in der Gruppe „Bachelor/Master“.

6. Methodik

6.1 Probanden

Ingesamt wurden im Rahmen der vorliegenden Untersuchung 1252 Fragebogen verteilt, von denen 1214 gültig waren. Es wurden 792 weibliche Probanden (62,4% der Gesamtstichprobe) und 422 männliche Probanden (37,6% der Gesamtstichprobe) befragt. Der Mittelwert des Lebensalters in Jahren, der anhand der Stichprobe bei 12 bis 18-jährigen SchülerInnen erhoben wurde, lag bei 15.62±1.22. Bei der Gruppe der StudentInnen im Alter von 18 bis 25 Jahren war ein Mittelwert von 20.96±1.45 zu verzeichnen.

Es wurden Schüler/innen aus zwei Gymnasien in Urumqi untersucht. Auch in Nanjing nahmen zwei Gymnasien an der Studie teil. Die Befragung der Studenten/innen wurde an zwei Universitäten in Urumqi und an einer Universität in Nanjing durchgeführt.

Die Fragebogen wurden vom Autor ins Chinesische übersetzt und den uigurischen Schülern/innen in den unteren Klassen wurde eine von einem Muttersprachler übersetzte, uigurische Version der Fragebogen ausgehändigt.

Alle beteiligten Schulverwaltungen sicherten Anonymität zu.

Die Durchführung der Befragung fand in Urumqi im Zeitraum von Februar bis März 2006 statt. In Nanjing wurde die Erhebung im April 2006 durchgeführt. An jedem Befragungstermin war der Autor anwesend.

In der folgenden Tabelle 6.1 wird die Anzahl der Probanden, die an dieser Studie mitgewirkt haben, bezüglich ihrer ethnischen Zugehörigkeit, ihres Geschlechts und ihres Status aufgeschlüsselt.

Tabelle 6.1 Probanden

	Schüler	Schülerinnen	Studenten	Studentinnen	Gesamt
Han	179 (21.7%)	181 (21.9%)	169 (20.5%)	294 (35.7%)	823 (100%)
Uiguren	37 (9.6%)	82 (20.9%)	117 (29.9%)	155 (39.6%)	391 (100%)
Gesamt	216 (17.8%)	263 (21.7%)	286 (23.6%)	449 (36.9%)	1214 (100%)

6.2 Messinstrumente

6.2.1 *Erfassung von Gewichtssorgen und anderen essstörungsspezifischen Einstellungen*

6.2.1.1 Der *Eating Attitudes Test-26*

Zur Bestimmung der Häufigkeit potentieller Essstörungen wurde als bekanntes, objektives Testinstrument der *Eating Attitudes Test* (Garner & Garfinkel 1979) verwendet. Dieser Test wird international am häufigsten angewendet, obwohl er weitgehend auf die Beschreibung der

speziellen anorektischen Symptomatik und des Essverhaltens im engeren Sinne beschränkt ist (Thiel et al. 1997). Der EAT-26 ist eine Kurzform des EAT (Garner & Garfinkel 1979), der gute Reliabilitäts- und Validitätswerte zeigt (Eagles et al. 2000). Cronbach's α betrug 0.83 bei Mädchen und 0.79 bei Jungen.

Tabelle 6.2 Beschreibung der Skalen des EAT-26 (vgl. Anhang. 2, S. 151-154)

Skalen	Items
1. Diätverhalten (13 Items)	zur Furcht vor Übergewicht, zum Diätverhalten und zu Schuldgefühlen nach dem Essen, z.B. Item 1: Ich fürchte mich davor, Übergewicht zu haben.
2.Bulimie und ständige gedankliche Beschäftigung mit Nahrung (6 Items)	zu Fressanfällen, zum Erbrechen nach dem Essen und zur übermäßigen gedanklichen Beschäftigung mit dem Essen, z.B. Item 26: Nach den Mahlzeiten verspüre ich den Drang zu erbrechen.
3. Orale Kontrolle (7 Items)	zur Kontrolle des eigenen Essverhaltens, zur Aufteilung der Nahrung in extrem kleine Stücke, zur Körperform und zum Essverhalten der Befragten aus der Sicht von Drittpersonen, z.B. Item 16: Ich vermeide Speisen, die Zucker enthalten.

(Quelle: Aschenbrenner 2002)

Auswertungsmodus: Die Auswertung erfolgte anhand der sechs Kategorien „nie", „selten", „manchmal", „oft", „sehr oft" und „immer", wobei den Kategorien, je nach Stärke der Essstörung, die Zahlen 1 ("nie") bis 6 ("immer") zugeordnet wurden. Item 25 entsprach einer negativ gepolten Fragestellung (Aschenbrenner 2002).

6.2.1.2 Das Eating Disorder Inventory (EDI)

Beim EDI handelt es sich um einen Selbsteinschätzungsfragebogen, dessen intendiertes Anwendungsgebiet, über die Symptomatik des pathologischen Essverhaltens im engeren Sinne hinausgehend, in der mehrdimensionalen Erfassung der wichtigen psychologischen Variablen anorektischer und bulimischer Essstörungen liegt (Garner et al.1983, Garner &. Olmsted 1984, Thiel et al 1997). Weil sich die zwei Skalen „Schlankheitsstreben" und „Bulimie" im EDI sich überlappen mit den Skalen „Diätverhalten", „Bulimie und ständige gedankliche Beschäftigung mit Nahrung", sowie „Orale Kontrolle" im EAT, wurden die Skalen „Schlankheitsstreben" und „Bulimie" des EDI in dieser Untersuchung nicht

übernommen. Aschenbrenner (2002) ging in ihrer Studie ebenso vor und kam zu guten Reliabilitäts- und Validitätswerten. In der vorliegenden Arbeit wurden ebenfalls gute Reliabilitäts- und Validitätswerte des EDI erreicht. Cronbach's α betrug 0.83 bei Mädchen und 0.85 bei Jungen.

Tabelle 6.3 Beschreibung der EDI-Skalen (vgl. Anhang. 2, S.155-158)

Skalen	Items
1. Schlankheitsstreben (7 Items)	die eine exzessive Beschäftigung mit Diäten und mit dem Gewicht, sowie ein extremes Streben nach Schlankheit erfassen, z.B. Item 32: Ich habe den Wunsch, dünner zu sein.
2. Bulimie (7 Items)	die die Neigung zu Episoden von unkontrollierbaren Fressanfällen erfassen, z.B. Item 4: Ich esse, wenn es mir schlecht geht.
3. Unzufriedenheit mit der Figur (9 Items)	die das Gefühl widerspiegeln, einzelne Körperteile, die besonders von den Veränderungen der Figur während der Pubertät betroffen sind, seien zu groß oder zu dick, z.B. Item 2: Ich glaube, mein Bauch ist zu dick.
4. Minderwertigkeitsgefühle (10 Items)	die Gedanken der eigenen Unzulänglichkeit, Unsicherheit und Wertlosigkeit, sowie Gefühle der fehlenden Autonomie und mangelnden Kontrolle im eigenen Leben erfassen, z.B. Item 10: Ich fühle mich als Mensch unzulänglich.
5. Perfektionismus (6 Items)	die die übertriebene, exzessive Erwartung und Hoffnung auf persönliche Höchstleistungen beschreiben, z.B. Item 36: Ich hasse es, nicht der/die Beste zu sein.
6. Misstrauen gegenüber anderen (7 Items)	die das Gefühl der Entfremdung und ein allgemeines Widerstreben gegen enge Beziehungen erfassen, z.B. Item 15: Ich lasse meine Gefühle zu.
7. Unsicherheit in der Wahrnehmung von Gefühlen (10 Items)	die die fehlende Sicherheit beim Erkennen von Emotionen und Gefühlen, wie Hunger und Sattheit widerspiegeln, z.B. Item 8: Ich bekomme Angst, wenn meine Gefühle zu stark werden.
8. Angst vor dem Erwachsenwerden (8 Items)	die die Angst vor der Reife bzw. Reifung und den Wunsch nach der Sicherheit der Kindheit erfassen, z.B. Item 6: Ich wünschte, ich wäre jünger.

(Quelle: Aschenbrenner 2002)

Auswertungsmodus: Die Antworten der einzelnen Items wurden auf die gleiche Art und Weise wie beim EAT bepunktet (Aschenbrenner 2002).

6.2.2. *Die Einflussfaktoren*

6.2.2.1 Das Klima in der Herkunftsfamilie

Zur Beschreibung des Familienklimas wurden zehn Aussagen in die Gliederung aufgenommen, die auf einer Antwortenliste bezüglich des Zutreffens für die eigene Herkunftsfamilie eingeschätzt werden konnten. Die ersten fünf Items wurden von Buddeberg-Fischer (2000) entwickelt, die anderen fünf Items wurden von Aschenbrenner (2002) konzipiert. Der Fragebogen „Klima in der Herkunftsfamilie“ belegte keine guten Reliabilitäts- und Validitätswerte. Cronbach's α betrug 0.44 bei Mädchen und 0.24 bei Jungen.

Auswertungsmodus: Die Auswertung erfolgte anhand der sechs Kategorien „gar nicht“, „wenig “, „mittelmäßig“, „überwiegend“, „völlig“ und „immer“**,** wobei den Kategorien, je nach Stärke der Essstörung, die Zahlen 1 („gar nicht") bis 6 („immer") zugeordnet wurden. Item 1 und 10 entsprachen einer negativ gepolten Fragestellung (Aschenbrenner 2002) (vgl. Anhang 2, S.159).

6.2.2.2 Die Häufigkeit von Hänseleien, die Relevanz des Schlankseins, sowie die Identität der Informationsvermittler in Bezug auf Ernährung und die persönliche Einstellung zum Thema Diäten wurden anhand von vier Items ausgewertet, die aus dem Fragebogen Modul 5L[6] übernommen wurden. (vgl. Anhang 1, S 134. Fragen.87-90).

6.2.2.3 Die Informationen bezüglich des Ausbildungsniveaus der Eltern wurden anhand von zwei Fragen untersucht, die vom Verfasser ergänzt wurden (vgl. Anhang 1 S 135. Fragen 91-92).

6.2.3. *Gewichtsregulierende Maßnahmen*,

Gewichtsregulierende Maßnahmen wie Sport, Medikamente und Diäten wurden anhand von sechs Fragen erhoben. Zwei Fragen zu den Themen Sport und Medikamente wurden vom Verfasser ergänzt. Vier Fragen zum Thema Diät wurden von Aschenbrenner (2002) übernommen (vgl. Anhang 1, S 135. Fragen 94-99).

Der vollständige Fragebogen, auf dem die vorliegende Studie basiert, ist in der Anlage

[6] Ein Fragebogen mit 31 Fragen über Grunddaten, Biografie, vorhergehende Behandlungen der Patienten und ihrer Familien in der Ambulanz für Familientherapie und für Essstörungen, Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie, Universität Göttingen. Der Fragebogen wurde von Prof. Dr. Günter Reich entwickelt (vgl. Anhang 2 den Ausschnitt S 160).

beigefügt (vgl. Anhang S. 116-120).

6.3 Auswertungsmodus:

Die Daten wurden mit SPSS 13.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) ausgewertet. Die Häufigkeit der subklinischen Essstörungen wurde anhand deskriptiver Statistiken ausgewertet. Die Anwendung gewichtsregulierender Maßnahmen wurde durch eine Interferenzstatistik (Kreuz tabelle) ausgewertet.

Tabelle 6.4 Statistische Verfahren

Hypothese	Statistische Auswertungsverfahren
Häufigkeit der subklinischen Essstörungen, Anwendung gewichtsregulierender Maßnahmen	*Deskriptive Statistik*: Häufigkeit, *Interferenzstatistik*: Vergleiche von Häufigkeit (Kreuz Tabelle)
Die Gewichtssorgen und andere essstörungsspezifische Einstellungen	*Deskriptive Statistik*: Mittelwerte, Standardabweichungen. Interferenzstatistik*: Mittelwertsvergleiche [T-Test, einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA)]*
Die Einflussfaktoren: 1. Das Klima in der Herkunftsfamilie	*Deskriptive Statistik*: Mittelwerte, Standardabweichungen. *Interferenzstatistik: Mittelwertsvergleiche [T-Test, einfaktorielle Varianzanalyse* (ANOVA)][1]
2. Das Ausbildungsniveau der Eltern	*Deskriptive Statistik*: Häufigkeit, *Interferenzstatistik*: Vergleiche von Häufigkeit (Kreuztabelle)
3. Prädiktor der Essstörungen und Adipositas	*Interferenzstatistik*: Lineare Regressionsanalysen

7. Ergebnisse

7.1 Vergleich der Volksgruppen

Im Folgenden werden die Daten der drei Gruppen Han in Nanjing (HN), Han in Urumqi (HU) und Uiguren in Urumqi (UU) verglichen.

Tabelle 7.1.1 Klima in der Herkunftsfamilie der Mädchen (Mittelwert und Streuung)

Items[1]	(1) HN	(2) HU	(3) UU	P (1-2)	P (1-3)	P (2-3)
Harmonie	4.30 (0.810)	4.29 (0.799)	4.41 (0.769)	.986	.320	.261
Aufregung	2.31 (0.842)	2.31 (0.949)	2.58 (1.029)	.997	.007*	.011*
Unabhängigkeit	3.84 (0.899)	3.96 (0.810)	3.96 (0.991)	.375	.417	.994
Anerkennung von Leistung	3.72 (0.942)	3.69 (0.944)	3.84 (1.077)	.958	.455	.315
Akzeptanz anderer Meinungen	3.88 (1.023)	3.88 (1.021)	3.88 (1.012)	1.00	.996	.998
Gemeinsame Mahlzeiten	4.18 (1.007)	4.12 (0.919)	4.31(0.944)	.766	.405	.125
Bedeutung richtiger Ernährung	4.03 (0.967)	3.89 (0.943)	4.43 (0.839)	.262	.000*	.000*
Respekt vor den Ernährungsgewohnheiten anderer	3.96 (0.926)	3.87 (0.866)	4.01 (0.945)	.587	.858	.298
Abwesenheit bei den Mahlzeiten	4.36 (0.975)	4.19 (0.967)	3.98 (1.193)	.232	.000*	.102
Wutausbrüche	2.14 (0.970)	2.26 (0.937)	2.43 (1.101)	.471	.014*	.261

* ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

Die Auswertung des Fragebogens bezüglich des Klimas in der Herkunftsfamilie zeigte signifikante Unterschiede zwischen Han-Mädchen in Nanjing und uigurischen Mädchen in Urumqi, sowie zwischen Han-Mädchen in Urumqi und uigurischen Mädchen in Urumqi bei Item 2 (*In unserer Familie regen wir uns schon über Kleinigkeiten auf*). Die uigurischen Familien erreichten hier höhere Werte als die anderen Gruppen. Sie scheinen impulsiver gewesen zu sein. Auch bei Item 7 (*Meine Familie achtet darauf, dass sich jeder von uns ordentlich ernährt*) ergaben sich große Unterschiede. Die Familien der uigurischen Mädchen erreichten auch hier die höchsten Werte unter den drei Gruppen. In diesen Familien wurde offensichtlich stärker auf die Ernährung geachtet.

Signifikante Unterschiede zwischen Han-Mädchen in Nanjing und uigurischen Mädchen in Urumqi zeigten sich bei Item 9 (*Wenn ich etwas anderes vorhabe, kann ich auch einmal bei den Familienmahlzeiten fehlen*). Hier bewerteten die Han-Mädchen in Nanjing ihre Familien signifikant höher als die uigurischen Mädchen. Das heißt, dass sie sich im Umgang mit Familienmahlzeiten als freier einschätzten. Ebenso waren Unterschiede bei Item 10 (*Mein Vater und/oder meine Mutter neigen zu Wutausbrüchen*) zu verzeichnen. Hier bewerteten die uigurischen Mädchen ihre Eltern signifikant höher als die Han-Mädchen in Nanjing. Die

Eltern der uigurischen Gruppe scheinen zu impulsiverem Verhalten zu neigen, als die Eltern in den Han-Familien in Nanjing.

Bei den beiden genannten Items (Item 9 und Item 10) gab es keine Unterschiede zwischen Han-Mädchen in Urumqi und uigurischen Mädchen.

Keinerlei Unterschiede ergaben sich bei Item 1 (*Harmonie*), Item 3 (*Unabhängigkeit*), Item 4 (*Anerkennung von Leistung*), Item 5 (*Meinungsverschiedenheiten*), Item 6 (*Gemeinsame Mahlzeiten*) und Item 8 (*Respekt vor den Ernährungsgewohnheiten anderer*).

Tabelle 7.1.2 Die Gewichtssorgen und andere essstörungsspezifische Einstellungen der Mädchen *(Mittelwert und Streuung*)

Items	(1) HN	(2) HU	(3) UU	P (1-2)	P (1-3)	P (2-3)
Diätverhalten-EAT	5.84 (5.79)	6.17(6.64)	8.85 (6.45)	0.841	0.000**	0.000**
Bulimie EAT	0.95 (1.78)	1.30 (2.45)	1.65 (2.62)	0.235	0.002**	0.223
Orale Kontrolle EAT	1.65 (1.98)	2.20 (2.81)	3.50 (3.47)	0.092	0.000**	0.000**
Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper EDI	11.11(7.81)	9.00 (6.55)	7.09 (5.25)	0.002*	0.000**	0.006**
Minderwertigkeits-gefühle EDI	4.96 (4.51)	4.78 (4.17)	5.72 (4.17)	0.900	0.128	0.05*
Perfektionismus EDI	9.10 (4.45)	8.61 (4.42)	11.22 (4.14)	0.447	0.000**	0.000**
Misstrauen gegenüber anderen EDI	4.02 (3.36)	4.43 (2.83)	5.68 (2.95)	0.324	0.000**	0.000**
Unsicherheits-gefühle EDI	4.18 (4.85)	4.47 (5.10)	5.03 (4.71)	0.803	0.137	0.443
Angst vor dem Erwachsenwerden EDI	7.34 (5.37)	7.80 (4.70)	10.95 (4.99)	0.594	0.000**	0.000**

* ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).
** ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Im Fragebogen des *Eating Attitudes Test* und des *Eating Disorder Inventory* zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen Han-Mädchen in Nanjing und uigurischen Mädchen in Urumqi, zwischen Han-Mädchen in Urumqi und uigurischen Mädchen in Urumqi sowie zwischen Han-Mädchen in Nanjing und Han-Mädchen in Urumqi bei Item 4 (*Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper*). Die Han-Mädchen in Nanjing erreichten hier höhere Werte als die anderen beiden Gruppen.

Es zeigten sich ebenfall signifikante Unterschiede zwischen Han-Mädchen in Nanjing und uigurischen Mädchen in Urumqi sowie zwischen Han-Mädchen in Urumqi und uigurischen

Mädchen bei Item 1 (*Diätverhalten*), Item 3 (*Orale Kontrolle*), Item 6 (*Perfektionismus*), Item 7 (*Misstrauen*) und Item 9 (*Angst vor dem Erwachsenwerden*).
Die uigurischen Mädchen hatten hier höhere Werte als die Mädchen der anderen Gruppen.
Signifikante Unterschiede zwischen Han-Mädchen in Nanjing und uigurischen Mädchen in Urumqi zeigten sich bei Item 2 (*Bulimie*). Die uigurischen Mädchen hatten hier höhere Werte als die Han-Mädchen in Nanjing.

Signifikante Unterschiede zwischen Han-Mädchen in Urumqi und uigurischen Mädchen zeigten sich nur bei Item 5 (*Minderwertigkeitsgefühle*). Die uigurischen Mädchen hatten hier höhere Werte als die Han-Mädchen in Urumqi.
Keine Gruppenunterschiede ergaben sich bei Item 8 (*Unsicherheitsgefühle*).

Tabelle 7.1.3 Klima in der Herkunftsfamilie der Jungen (Mittelwert und Streuung)

Items	(1) HN	(2) HU	(3) UU	P (1-2)	P (1-3)	P (2-3)
Harmonie	4.33 (0.817)	4.33 (0.813)	4.42 (0.702)	1.000	.775	.808
Aufregung	2.14 (0.899)	2.28 (0.934)	2.62 (0.878)	.389	.003*	.097
Unabhängigkeit	3.79 (0.832)	3.75 (0.884)	3.86 (0.969)	.902	.881	.742
Anerkennung von Leistung	3.59 (0.947)	3.32 (0.971)	4.04 (0.807)	.050	.010*	.000*
Akzeptanz anderer Meinung	3.93 (1.070)	3.78 (1.211)	3.80 (1.107)	.528	.752	.996
Gemeinsame Mahlzeiten	4.05 (0.957)	4.15 (0.881)	4.36 (0.875)	.627	.096	.421
Bedeutung richtiger Ernährung	4.00 (0.887)	3.91(0.834)	4.26 (0.828)	.680	.150	.059
Respekt vor den Ernährungsgewohnheiten anderer	4.00 (0.897)	4.08 (0.713)	3.76 (1.098)	.792	.208	.114
Abwesenheit bei den Mahlzeiten	4.29 (0.937)	4.01 (1.056)	3.76 (1.021)	.061	.003*	.336
Wutausbrüche	2.37 (3.572)	2.30 (1.044)	2.42 (0.992)	.979	.994	.971

* ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

Im Fragebogen zum Klima in der Herkunftsfamilie zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen Han-Jungen in Nanjing und uigurischen Jungen in Urumqi sowie zwischen Han-Jungen in Urumqi und uigurischen Jungen bei Item 4 (*Bei uns ist oft die Rede davon, wie gut wir in der Schule, im Studium oder im Beruf abschneiden*). Die uigurischen Familien hatten hier höhere Werte als die anderen Gruppen.

Signifikante Unterschiede zwischen Han-Jungen in Nanjing und uigurischen Jungen in Urumqi zeigten sich bei Item 2 (*In unserer Familie regen wir uns schon über Kleinigkeiten auf*). Hier bewerteten die uigurischen Jungen ihre Familien signifikant höher als die Han-Jungen in Nanjing. Auch bei Item 9 (*Wenn ich etwas anderes vorhabe, kann ich auch einmal bei den gemeinsamen Familienmahlzeiten fehlen*) fielen starke Differenzen auf. Die

Bewertung der uigurischen Familien fiel hier deutlich niedriger aus als die der Han-Familien in Nanjing.

Keine Gruppenunterschiede ergaben sich bei Item 1 (*Harmonie*), Item 3 (*Unabhängigkeit*), Item 5 (*Meinungsverschiedenheiten*), Item 6 (*Gemeinsame Mahlzeiten*), Item 8 (*Respekt vor den Ernährungsgewohnheiten anderer*) und Item 10 (*Wutausbrüche*).

Tabelle 7.1.4 Die Gewichtssorgen und die anderen essstörungsspezifischen Einstellungen der Jungen (Mittelwert und Streuung)

Items	(1) HN	(2) HU	(3) UU	P (1-2)	P (1-3)	P (2-3)
Diätverhalten-EAT	3.18 (2.447)	3.10 (3.633)	3.08 (3.486)	.990	.986	.998
Bulimie EAT	0.86 (1.846)	0.96 (1.216)	1.04 (1.696)	.967	.693	.936
Orale Kontrolle EAT	2.06 (2.446)	1.61(1.397)	1.51(1.780)	.097	.427	.963
Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper EDI	6.38 (5.648)	5.74 (5.387)	4.08 (3.518)	.592	.027*	.204
Minderwertkeits-gefühle EDI	5.24 (4.963)	4.80 (4.372)	5.40 (4.226)	.723	.979	.764
Perfektionismus EDI	9.68 (4.387)	9.24 (4.135)	11.22 (3.933)	.666	.074	.026*
Misstrauen gegenüber anderen EDI	4.43 (3.373)	4.27 (3.014)	4.92 (3.027)	.915	.634	.511
Unsicherheits-gefühle EDI	4.10 (4.822)	5.43 (5.871)	5.92 (5.070)	.096	.087	.859
Angst vor dem Erwachsenwerden EDI	7.50 (5.241)	7.25 (5.002)	8.94 (5.373)	.919	.222	.172

Im Fragebogen des *Eating Attitudes Test* und des *Eating Disorder Inventory* zeigten sich große Unterschiede zwischen Han-Jungen in Nanjing und uigurischen Jungen in Urumqi bei Item 4 (*Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper*). Die Han-Jungen in Nanjing hatten hier höhere Werte als die uigurischen Jungen.

Deutliche Unterschiede zwischen Han-Jungen in Urumqi und uigurischen Jungen zeigten sich bei Item 6 (*Perfektionismus*). Die uigurischen Jungen hatten hier höhere Werte als die Han-Jungen in Urumqi.

Keine Gruppenunterschiede ergaben sich bei Item 1 (*Diätverhalten*), Item 2 (*Bulimie*), Item3 (*Orale Kontrolle*), Item 4 (*Minderwertigkeitsgefühle*), Item 7 (*Misstrauen gegenüber*

anderen), Item 8 (*Unsicherheitsgefühle*) und Item 9 (*Angst vor dem Erwachsenwerden*).

Zusammenfassung:

Im Fragebogen „Klima in der Herkunftsfamilie“ erreichten die Familien der uigurischen Mädchen signifikant höhere Werte als die der anderen Gruppen, z.B. bei dem Punkt „Aufregung über Kleinigkeiten“. Die Familien der uigurischen Mädchen erzielten bei dem Test sehr viel höhere Werte als die übrigen Gruppen bezüglich der Ernährung, während die Familien der uigurischen Jungen größeren Wert auf die Leistung ihrer Kinder legten als die Eltern der anderen Gruppen.

In den Fragebogen des EAT und des EDI zeigten sich bei den uigurischen Mädchen signifikant höhere Werte in den Kategorien "Diätverhalten", "Orale Kontrolle", "Perfektionismus", "Misstrauen" und "Angst vor dem Erwachsenwerden" als bei den anderen Gruppen. Die Han-Mädchen in Nanjing zeigten eine höheres Maß an Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper als die anderen Mädchen, während die Han-Jungen in Nanjing ebenfalls höhere Werte in Bezug auf ihre Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper erzielten als die uigurischen Jungen. Die uigurischen Jungen dagegen erzielten höhere Werte bei dem Punkt "Perfektionismus" als die Han-Jungen in Urumqi.

7.2 Vergleich der Gruppen mit unterschiedlichen EAT Werten

(In diesem Teil werden nur die Probanden mit einem Normal- oder Untergewicht untersucht, die übergewichtigen Gruppen werden in Abschnitt 7.3 diskutiert.)

Tabelle 7. 2.1 Fragen zur Bedeutung einer schlanken Figur

	keine Bedeutung	normal	wichtig	sehr wichtig	Gesamt
Mädchen	32 (4.1%)	243 (32.6%)	322 (43.2%)	132 (17.7%)	746
Jungen	86 (21.5%)	172 (43.0%)	107 (26.8%)	30 (7.5%)	400

Die obige Tabelle zeigt, dass 60.9% der Mädchen und 34.3% der Jungen mit einem Normal- oder Untergewicht der Ansicht waren, dass eine schlanke Figur für sie wichtig oder sehr wichtig sei.

Tabelle 7.2.2 Die Verteilung von EAT-Gruppen

	EAT 0-9 Gruppe 1	EAT 10-19 Gruppe 2	EAT ≥ 20 Gruppe 3	Gesamt
Mädchen	485 (65.0%)	174 (23.3%)	87 (11.7%)	746
Jungen	338 (84.5%)	51 (12.8%)	11 (2.8%)	400

Die Verteilung der EAT-Gruppen wird in Tabelle 7.2.2 dargestellt: 11.7% der Mädchen und 2.8% der Jungen mit Normal- oder Untergewicht waren der Auffassung, dass bei ihnen ein erhöhtes Essstörungsrisiko bestünde (EAT ≥ 20).

Tabelle 7.2.3 Die Prozentzahlen der gewichtsregulierenden Maßnahmen der EAT-Gruppen

	Mädchen				Jungen			
	EAT 0-9	EAT10-19	EAT≥20	Gesamt	EAT 0-9	EAT10-19	EAT≥ 20	Gesamt
	N=485	N=174	N=87	N=746	N=338	N=51	N=11	N=400
Sport: Dauer	29 (9.0%)	12 (8.1%)	8 (10.7%)	49 (6.6%)	38(11.2%)	6 (11.7%)	3 (27.3%)	47(11.8%)
Verwendung von Diätpillen	19 (3.9%)	19 (10.9%)	20 (22.9%)	58 (7.4%)	0	7 (13.7%)	5 (45.5%)	12 (3%)
Diät-Erfahrung	147 (38.3%)	113 (64.9%)	50 (57.5%)	310 (41.6%)	52 (15.4%)	22 (43.1%)	10 (90.9%)	84 (21%)
Dauer der Diät	40 (8.2%)	32 (18.4%)	19 (21.8%) n	91 (12.2%)	21 (6.2%)	9 (17.6%)	7 (63.6%)	37 (9.3%)

Der Punkt *Verwendung von Diätpillen* zeigt signifikant höhere Werte bei der Mädchengruppe EAT≥ 20 (28.6%), als bei den Mädchengruppen EAT 10-19 (11.7%) und EAT 0-9 (4.5%).

Was die *Diäterfahrung* betraf, hatte die Jungengruppe EAT≥ 20 signifikant ($P<0.01$) höhere Werte (90.9%) als die Jungengruppe EAT 10-19 (44.9%) und die Jungengruppe EAT 0-9 (16.8%).

Hinsicht der Kategorie *Dauer der Diät* erzielte die Jungengruppe EAT≥ 20 hier signifikant ($P<0.05$) höhere Werte (63.6%) als die Jungengruppe EAT 10-19 (28.2%) und die Jungengruppe EAT 0-9 (18.3%).

Die weiblichen Probanden der EAT-Gruppen verzeichneten einheitlichere Werte (weniger Standardabweichungen in Prozent) bezüglich gewichtsregulierender Maßnahmen als die männlichen Probanden der EAT-Gruppen.

Tabelle 7.2.4 **Die demografischen Charakteristika der Mädchen in den EAT-Gruppen**

	EAT0-9 Gruppe 1 Mean (SD)	EAT10-19 Gruppe 2 Mean (SD)	EAT≥20 Gruppe 3 Mean (SD)
N	485	174	87
Alter	19.4	19.3	18.4
Größe (m)	1,62 M	1,62 M	1,60 M
Gewicht (kg)	51,6 Kg	53,2 Kg	50,7 Kg
BMI	19.51 (1.83)	20.12 (2.36)	19.84 (4.01)

Die Tabelle zeigt, dass der BMI der Gruppe 1 sich von dem BMI der Gruppe 2 unterschied. Die Gruppe 3 verzeichnete die niedrigsten Werte, bezogen auf Größe und Gewicht.

Tabelle 7.2.5 **Die Idealgewichts- und Ideal-BMI-Werte der Mädchen in den EAT-Gruppen**

Idealgewicht	48.31 (5.28)	48.92 (5.42)	50.40 (6.06)	<0.01	1<3
Ideal-BMI	18.28 (1.55)	18.52 (1.79)	19.48 (3.05)	<0.01	1<3, 2<3

Diese Tabelle zeigt, dass sowohl der Wert für das Idealgewicht als auch der Wert für den Ideal-BMI der Gruppe 3 höher ausfiel als die Werte beider Kategorien für die anderen Gruppen**.**

Tabelle 7.2.6 Die demografischen Charakteristika der Jungen in den EAT-Gruppen

	EAT0-9 Gruppe 1 Mean (SD)	EAT10-19 Gruppe 2 Mean (SD)	EAT≥20 Gruppe 3 Mean (SD)
N	338	51	11
Alter	18.79 (2.88)	17.33 (3.20)	18.55 (3.98)
Größe (m)	1.72 (0.06)	1.70 (0.08)	1.70 (0.06)
Gewicht (kg)	60.78 (8.15)	59.82 (8.97)	57.64 (6.73)
BMI	20.47 (2.23)	20.61 (2.06)	19.78 (2.07)

Tabelle 7.2.7 Die Idealgewichts- und Ideal-BMI-Werte der Jungen in den EAT-Gruppen

Idealgewicht	63.57 (8.58)	67.08 (11.07)	56.09 (8.35)	< 0.05	3<1<2
Ideal-BMI	21.43 (2.63)	23.22 (3.90)	19.24 (2.77)	< 0.05	3<1<2

Diese Tabelle zeigt, dass die Jungengruppe EAT≥ 20 die einzige Gruppe war, die ihr Körpergewicht verringern wollte.

Tabelle 7.2. 8 Ausbildungsniveau bei den Vätern der Mädchen in den EAT-Gruppen

	Primary School	Junior Middle School	Senior Middle School	Bachelor/Master	Gesamt
EAT 0-9	62 (13.8%)	111 (24.7%)	128 (28.4%)	149 (33.1%)	450 (100%)
EAT 10-19	17 (9.5%)	47 (26.1%)	60 (33.3%)	56 (31.1%)	180 (100%)
EAT≥ 20	17 (18.7%)	38 (41.8%)	18 (19.8%)	18 (19.8%)	91 (100%)
Gesamt	96 (13.3%)	196 (27.2%)	206 (28.6%)	223 (30.9%)	721 (100%)

Tabelle 7. 2. 9 Ausbildungsniveau bei den Müttern der Mädchen in den EAT-Gruppen

	Primary School	Junior Middle School	Senior Middle School	Bachelor/Master	Gesamt
EAT 0-9	94 (20.8%)	140 (30.9%)	107 (23.6%)	112 (24.7%)	453 (100%)
EAT 10-19	32 (17.9%)	55 (30.7%)	48 (26.8%)	44 (24.6%)	179 (100%)
EAT≥ 20	26 (27.1%)	28 (29.2%)	27 (28.1%)	15 (15.6%)	96 (100%)
Gesamt	152 (20.8%)	223 (30-6%)	182 (25%)	172 (23.6%)	729 (100%)

Tabelle 7.2. 10 Ausbildungsniveau bei den Vätern der Jungen in den EAT-Gruppen

	Primary School	Junior Middle School	Senior Middle School	Bachelor/Master	Gesamt
EAT 0-9	30 (9.5%)	81 (25.7%)	95 (30.2%)	109 (34.6%)	315 (100%)
EAT 10-19	8 (16.4%)	11 (22.4%)	12 (24.5%)	18 (36.7%)	49 (100%)
EAT ≥ 20	0	6 (54.5%)	3 (27.3 %)	2 (18.2%)	11 (100%)
Gesamt	38 (10.2%)	98 (26 .1%)	110 (29.3%)	129 (34.4%)	375 (100%)

Tabelle 7. 2. 11 Ausbildungsniveau bei den Müttern der Jungen in den EAT-Gruppen

	Primary School	Junior Middle School	Senior Middle School	Bachelor/Master	Gesamt
EAT 0-9	53 (16.8%)	90 (28.6%)	96 (30.5%)	76 (24.1%)	315 (100%)
EAT 10-19	4 (8.0%)	14 (28.0%)	15 (30.0%)	17 (34.0%)	50 (100%)
EAT≥ 20	2 (18.2%)	5 (45.5%)	1 (9.1%)	3 (27.3%)	11 (100%)
Gesamt	59 (15.8%)	109 (28.9%)	112 (29.8%)	96 (25.5%)	376 (100%)

Nicht nur die Väter (Tabelle 7.2.6), sondern auch die Mütter (Tabelle 7.2.7) der Mädchengruppe EAT≥ 20 zeigten den niedrigsten Anteil in der Gruppe *Bachelor/Master*. Die Väter (Tabelle 7.2.8) der Jungengruppe EAT≥ 20 hatten ebenfalls den niedrigsten Anteil in der Gruppe *Bachelor/Master*, wohingegen die Mütter (Tabelle 7.2.9) der Jungengruppe EAT≥ 20 die zweitniedrigste Gruppe in der Kategorie *Bachelor/Master* darstellten.

Tabelle 7.2.12 Das Klima in der Herkunftsfamilie der Mädchen, aufgeschlüsselt nach EAT-Gruppen

	EAT 0-9 Gruppe1 Mean (SD)	EAT 10-19 Gruppe2 Mean (SD)	EAT≥20 Gruppe3 Mean (SD)	statistische Signifikanz für3Gruppen Komparation (p value)	post-hoc Komparation
N	485	174	87		
Harmonie	4.31 (0.81)	4.36 (0.78)	4.27 (0.89)		ns
Aufregung	2.24 (0.88)	2.39 (0.99)	2.92 (1.14)	<0.001	1<3, 2<3
Unabhängigkeit	3.88 (0.90)	3.97 (1.02)	3.94 (0.93)		ns
Anerkennung von Leistung	3.72 (0.93)	3.76 (1.04)	3.87 (1.09)		ns
Akzeptanz anderer Meinungen	3.94 (0.99)	3.90 (0.99)	3.64 (1.08)	< 0.05	3<1
Gemeinsame Mahlzeiten	4.19 (1.01)	4.23 (0.98)	4.20 (0.95)		ns
Bedeutung richtiger Ernährung	4.12 (0.96)	4.18 (0.94)	4.09 (0.98)		ns
Respekt vor den Ernährungsgewohnheiten anderer	3.92(0.94)	3.96 (1.01)	4.04 (0.82)		ns
Abwesenheit bei den Mahlzeiten	4.26(1.00)	4.00 (1.21)	4.13 (1.01)	< 0.05	2<1
Wutausbrüche	2.14 (0.98)	2.26 (0.97)	2.93 (1.18)	< 0.001	1<3, 2<3

Bei der Auswertung des Fragebogens bezüglich des Klimas in der Herkunftsfamilie (Tabelle 7.2.12) zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen der Mädchengruppe mit EAT≥ 20 und der Mädchengruppe mit EAT 0-9, sowie zwischen der Mädchengruppe EAT≥ 20 und der Mädchengruppe EAT 10-19 bei Item 2 (*In unserer Familie regen wir uns schon über Kleinigkeiten auf*). Die Familien der Mädchengruppe EAT≥ 20 hatten hier höhere Werte als die der anderen Gruppen. Sie scheinen impulsiver zu sein als die anderen. Bei der Auswertung zu Item 10 (*Mein Vater und/oder meine Mutter neigen zu Wutausbrüchen*) zeigten sich ebenfalls starke Unterschiede. Hier bewertete die Mädchengruppe EAT≥ 20 ihre Eltern signifikant höher als die Mädchen der anderen Gruppen. Die Eltern der Mädchengruppe EAT≥ 20 scheinen also impulsiver zu sein als die in den anderen Gruppen.

Ein signifikanter Unterschied zwischen der Mädchengruppe EAT≥ 20 und der Mädchengruppe EAT 0-9 ist nur bei Item 5 (*Wenn es bei uns mal Meinungsverschiedenheiten gibt, lassen wir es erst gar nicht zu einem großen Krach kommen*) festzustellen. Hier bewertete die Mädchengruppe EAT≥ 20 ihre Familien eindeutig niedriger, als die Mädchengruppe EAT 0-9. Das heißt, dass sie sich im Umgang mit Meinungsäußerungen als weniger frei einschätzten.

Signifikant ist ebenfalls der Unterschied zwischen der Mädchengruppe EAT≥ 20 und der Mädchengruppe EAT 10-19 bei Item 9 (*Wenn ich etwas anderes vorhabe, kann ich auch einmal bei den Familienmahlzeiten fehlen*). Hier bewertete die Mädchengruppe EAT≥ 20 ihre Familien signifikant niedriger als die Mädchengruppe EAT 10-19. Das heißt, dass sie sich im Umgang mit Teilnahme an Familienmahlzeiten als freier einschätzten

Tabelle 7.2.13 Das Klima in der Herkunftsfamilie der Jungen, aufgeschlüsselt nach EAT-Gruppen

	EAT 0-9 Gruppe1 Mean (SD)	EAT10-19 Gruppe2 Mean (SD)	EAT≥20 Gruppe3 Mean (SD)	statistische Signifikanz für3Gruppen Komparation (p value)	post-hoc Komparation
N	338	51	11		
Harmonie	4.36 (0.79)	4.22 (0.98)	4.36 (0.92)		ns
Aufregung	2.16 (0.88)	2.57 (0.96)	2.36 (1.03)	< 0.05	1<2
Unabhängigkeit	3.76 (0.88)	3.90 (0.81)	4.00 (1.00)		ns
Anerkennung von Leistung	3.57 (0.98)	3.57 (0.96)	2.82 (1.40)	< 0.05	3<1, 3<2
Akzeptanz anderer Meinungen	3.85 (1.13)	3.88 (1.07)	3.40 (1.07)		ns
Gemeinsame Mahlzeiten	4.10 (0.91)	4.33 (0.93)	3.64 (1.28)		ns
Bedeutung richtiger Ernährung	4.07 (0.85)	4.04 (0.94)	3.91 (1.22)		ns
Respekt vor den Ernährungsgewohnheiten anderer	4.03 (0.86)	3.80 (0.94)	3.45 (1.29)		ns
Abwesenheit bei den Mahlzeiten	4.08 (1.03)	3.96 (1.13)	3.36 (0.92)		ns
Wutausbrüche	2.25 (3.03)	2.55 (1.03)	3.55 (1.04)		ns

Im Fragebogen über das Klima in der Herkunftsfamilie (Tabelle 7.2.13) zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Jungengruppen EAT≥ 20 und EAT 0-9, sowie zwischen EAT≥ 20 und EAT 10-19 bei Item 4 (*Bei uns ist oft die Rede davon, wie gut wir in der Schule, im Studium oder im Beruf abschneiden*). Die Familien der Jungengruppe EAT≥ 20 hatten hier niedrigere Werte als die der anderen Gruppen. Das heißt, dass die Familien der Jungengruppe EAT≥ 20 weniger Wert auf die Leistungen ihrer Kinder legten als die der anderen Gruppen.

Ein signifikanter Unterschied zwischen der Jungengruppe EAT 10-19 und der Jungengruppe EAT 0-9 war zu ersehen bei Item 2 (*In unserer Familie regen wir uns schon über Kleinigkeiten auf*). Die Familien der Jungengruppe EAT 10-19 hatten hier höhere Werte als

die der Jungengruppe EAT 0-9. Sie scheinen impulsiver gewesen zu sein als die der Jungengruppe EAT 0-9.

Tabelle 5.2.14 Die Gewichtssorge und die anderen essstörungsspezifischen Einstellungen der Mädchen in den EAT-Gruppen

	EAT 0-9 Gruppe1 Mean (SD)	EAT 10-19 Gruppe2 Mean (SD)	EAT≥ 20 Gruppe3 Mean (SD)	statistische Signifikanz für 3 Gruppen Komparation (p value)	post-hoc Komparation
N	485	174	87		
Diätverhalten	2.19 (2.48)	9.29 (3.57)	16.88 (5.19)	<0.001	1<2<3
Bulimie	0.42 (0.92)	1.54 (1.86)	5.55 (3.82)	<0.001	1<2<3
Orale Kontrolle	1.33 (1.69)	2.80 (2.84)	6.43 (3.57)	<0.001	1<2<3
Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper	7.88 (6.09)	11.55 (7.72)	10.15 (6.77)	<0.001	1<2, 1<3
Minderwertigkeits-gefühle	6.34 (5.28)	8.41 (4.92)	l4.15 (3.44)	<0.001	1<2<3
Perfektionismus	8.77 (4.45)	11.32 (4.09)	11.61 (4.33)	<0.001	1<2, 1<3
Misstrauen gegenüber anderen	4.38 (2.99)	5.18 (3.22)	5.47 (3.53)	<0.001	1<2, 1<3
Unsicherheits-gefühle	2.91 (3.48)	5.48 (4.72)	10.21 (15.49)	<0.001	1<2<3
Angst vor dem Erwachsenwerden	7.70 (4.94)	10.34 (5.42)	11.65 (5.16)	<0.001	1<2,1<3

Im Fragebogen des *Eating Attitudes Test`s* und des *Eating Disorder Inventory* (Tabelle 7.2.12) zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Mädchengruppen: zwischen der Gruppe EAT 0-9 und EAT≥ 20, sowie zwischen der EAT 10-19-Gruppe und der Gruppe EAT≥ 20 bei Item 1 (*Diätverhalten),* Item 2 *(Bulimie),* Item 3 *(Orale Kontrolle),* Item 5 (*Minderwertigkeitsgefühle*) und Item 9 (*Unsicherheitsgefühle*). Die EAT≥ 20-Gruppe hatte deutlich höhere Werte als die EAT 0-9-Gruppe und die EAT 10-19-Gruppe.

Signifikante Unterschiede zwischen den Mädchengruppen EAT 0-9 und EAT 10-19 ergaben sich bei Item 1 (*Diätverhalten),* Item 2 *(Bulimie),* Item 3 *(Orale Kontrolle),* Item 5 (*Minderwertigkeitsgefühle*) und Item 9 (*Unsicherheitsgefühle*). Die EAT 10-19-Gruppe hatte hier signifikant höhere Werte als die EAT 0-9-Gruppe.

Weiterhin fanden sich signifikante Unterschiede zwischen den Mädchengruppen EAT 0-9 und EAT≥ 20 bei Item 4 (*Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper*), Item 6 (*Perfektionismus*), Item 7 (*Misstrauen gegenüber anderen*) und Item 9 (*Angst vor dem Erwachsenwerden*). Die

EAT≥ 20-Gruppe hatte sehr viel höhere Werte als die EAT 0-9-Gruppe.

Signifikante Unterschiede zwischen den Mädchengruppen EAT0-9 und EAT 10-19 ergaben sich bei Item 4 (*Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper*), Item 6 (*Perfektionismus*), Item 7 (*Misstrauen gegenüber anderen*) und Item 9 (*Angst vor dem Erwachsenwerden*). Die EAT 10-19-Gruppe hatte deutlich höhere Werte als die EAT 0-9-Gruppe.

Tabelle 7. 2.15 Die Gewichtssorge und die anderen essstörungsspezifischen Einstellungen der Jungen in den EAT-Gruppen

	EAT 0-9 Gruppe1 Mean (SD)	EAT 10-19 Gruppe2 Mean (SD)	EAT≥ 20 Gruppe3 Mean (SD)	statistische Signifikanz für 3 Gruppen Komparation (p value)	post-hoc Komparation
N	338	51	11		
Diätverhalten	1.19 (1.78)	6.37 (3.26)	13.27 (4.67)	<0.001	1<2<3
Bulimie	0.45 (0.91)	2.65 (2.05)	5.64 (2.73)	<0.001	1<2<3
Orale Kontrolle	1.48 (1.75)	3.86 (2.80)	6.27 (2.83)	<0.001	1<2<3
Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper	5.14 (5.03)	7.24 (5.61)	8.60 (4.06)	<0.001	1<2
Minderwertigkeits-gefühle	4.31 (4.14)	8.38 (4.76)	9.70 (4.76)	<0.001	1<2, 1<3
Perfektionismus	9.91 (4.37)	10.86 (3.82)	10.90 (2.03)		ns
Misstrauen gegen anderen	4.52 (3.23)	4.34 (2.92)	4.00 (1.18)		ns
Unsicherheits-Gefühle	3.41 (3.86)	9.71 (5.48)	15.11 (6.17)	<0.01	1<2<3
Angst vor dem Erwachsenwerden	7.30 (5.09)	9.55 (5.45)	9.20 (3.26)	<0.05	1<2

Im Fragebogen des *Eating Attitudes Test* und des *Eating Disorder Inventory* (Tabelle 7.2.15) zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Jungengruppen EAT 0-9 und EAT ≥ 20, sowie zwischen der EAT 10-19 und der EAT ≥ 20-Gruppe. Bei Item 1 (*Diätverhalten),* Item 2 *(Bulimie),* Item 3 *(Orale Kontrolle),* und Item 8 *(Unsicherheitsgefühle)* lag die EAT ≥ 20-Gruppe signifikant höher als die EAT 0-9- Gruppe und die EAT 10-19-Gruppe.

Signifikante Unterschiede zeigten sich auch zwischen den Jungengruppen EAT 0-9 und EAT ≥ 10-19 bei Item 1 (*Diätverhalten),* Item 2 *(Bulimie),* Item 3 *(Orale Kontrolle),* und Item 8 *(Unsicherheitsgefühle).* Die Gruppe EAT 10-19 lag signifikant höher als die EAT 0-9-Gruppe.

Zwischen den Jungengruppen EAT 0-9 und EAT ≥ 20 zeigten sich signifikante Unterschiede bei Item 5 (*Minderwertigkeitsgefühle*). Die EAT ≥ 20-Gruppe lag signifikant höher als die EAT 10-19-Gruppe.

Signifikante Unterschiede zeigten sich zwischen den Jungengruppen EAT 0-9 und EAT ≥ 10-19 bei Item 4 (*Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper),* Item 5 (*Minderwertigkeitsgefühle*) und Item 9 (*Unsicherheitsgefühle*). Die EAT10-19-Gruppe lag signifikant höher als die EAT 0-9-Gruppe.

Zusammenfassung:

Die Mädchengruppe EAT≥20 schätzte ihre Familien mit signifikant höherem Konfliktpotenzial und ihre Eltern als signifikant impulsiver ein als die anderen Gruppen**.** Außerdem ergab die Auswertung, dass dieselbe Mädchengruppe mit signifikant stärkeren Minderwertigkeitsgefühlen belastet war als die Mädchen der anderen Gruppen. Die Jungengruppe EAT≥20 bewertete ihre Eltern als impulsiver als die anderen Gruppen. Das Ausbildungsniveau der Eltern der Mädchen- und Jungengruppen EAT≥20 war in der Kategorie „Bachelor/Master“ niedriger als bei den anderen Gruppen.

7.3. Vergleich der Gruppen mit unterschiedlichen BMI-Werten

Im Folgenden werden die Daten der Gruppen mit unterschiedlichen BMI-Werten verglichen (weibliche Gruppen BMI <17.5, 17.5≤BMI≤19, 19≤BMI ≤24 und BMI>24), (männliche Gruppen BMI <17.5, 17.5≤BMI≤20, 20≤BMI ≤25 und BMI>25).

Tabelle 7.3.1 Das Klima in der Herkunftsfamilie der weiblichen Probanden mit unterschiedlichen BMI-Werten

	BMI≤ 17.5 Gruppe 1 Mean (SD)	17.5<BMI< 19 Gruppe 2 Mean (SD)	19≤ BMI ≤ 24 Gruppe 3 Mean (SD)	BMI>24 Gruppe 4 Mean (SD	post-hoc Komparation
N	100	203	443	33	
Harmonie	4.8 (0.83)	4.34 (0.80)	4.34(0.81)	4.36 (0.78)	ns
Aufregung	3.80 (0.94)	3.93 (0.98)	3.92 (0.96)	3.84 (0.85)	ns
Unabhängigkeit	3.80 (0.94)	3.93 (0.98)	3.92 (0.96)	3.8 (0.84)	ns
Anerkennung von Leistung	3.67 (1.09)	3.72 (0.95)	3.78 (0.99)	3.63 (0.94)	ns
Akzeptanz anderer Meinungen	3.72 (1.10)	3.92 (0.99)	3.90 (1.02)	3.56 (0.98)	ns
Gemeinsame Mahlzeiten	4.26 (0.89)	4.26 (1.02)	4.16 (0.99)	4.03 (1.10)	ns
Bedeutung richtiger Ernährung	4.31 (0.83)	4.22 (0.96)	4.11 (0.97)	3.85 (0.91)	ns
Respekt vor den Ernährungsgewohnheiten anderer	4.05 (0.77)	3.96 (0.94)	3.45 (1.29)	3.67 (1.05)	ns
Abwesenheit bei den Mahlzeiten	4.03 (1.06)	4.16 (1.03)	4.21 (1.08)	4.09 (1.07)	ns
Wutausbrüche	2.36 (1.02)	2.26 (1.03)	2.29 (1.07)	2.15 (1.00)	ns

Tabelle 7.3.2 Das Klima in der Herkunftsfamilie der männlichen Probanden mit unterschiedlichen BMI-Werten

	BMI≤ 17.5 Gruppe1 Mean (SD)	17.5<BMI< 20 Gruppe2 Mean (SD)	20≤ BMI ≤ 25 Gruppe3 Mean (SD)	BMI>25 Gruppe4 Mean(SD)	post-hoc Komparation
N	37	126	235	35	
Harmonie	4.05 (0.99)	4.21 (0.89)	4.43 (0.76)	4.23 (0.84)	ns
Aufregung	2.32 (0.88)	2.25 (0.89)	2.23 (0.95)	2.34 (0.99)	ns
Unabhängigkeit	3.54 (1.19)	3.80 (0.94)	3.81 (0.78)	3.86 (0.91)	ns
Anerkennung von Leistung	3.24 (0.96)	3.48 (0.98)	3.63 (1.01)	3.34 (1.21)	ns
Akzeptanz anderer Meinungen	4.00 (1.08)	3.74 (1.19)	3.88 (1.07)	3.71 (1.23)	ns
Gemeinsame Mahlzeiten	4.22 (0.92)	4.09 (0.86)	4.11 (088)	4.11 (0.83)	ns
Bedeutung richtiger Ernährung	4.14 (0.89)	4.09 (0.86)	4.06 (0.89)	3.91 (0.98)	ns
Respekt vor den Ernährungsgewohnheiten anderer	3.97 (0.87)	3.92 (0.92)	4.01 (0.89)	3.91 (0.98)	ns
Abwesenheit bei den Mahlzeiten	4.05 (1.08)	4.00 (1.11)	4.06 (1.02)	4.43 (0.88)	ns
Wutausbrüche	2.30 (1.08)	2.70 (4.69)	2.16 (0.97)	2.26(1.17)	ns

Es gab sowohl bei den weiblichen als auch bei den männlichen Probanden keinen signifikanten Unterschied zwischen der Gruppe der Übergewichtigen und den anderen BMI-Gruppen im Fragebogen "*Klima in der Herkunftsfamilie*" (Tabelle 7.3.1 und Tabelle 7.3.2).

Tabelle 7.3.3 Die Gewichtssorge und die anderen essstörungsspezifischen Einstellungen der weiblichen Probanden mit unterschiedlichen BMI-Werten

	BMI≤ 17.5 Gruppe1 Mean (SD)	17.5< BMI< 19 Gruppe2 Mean (SD)	19≤ BMI ≤24 Gruppe3 Mean (SD)	BMI>24 Gruppe 4 Mean (SD)	statistische Signifikanz für 4 Gruppen Komparation (p value)	post-hoc Komparation
N	100	203	443	33		
Diätverhalten	6.26 (6.85)	4.20 (5.13)	6.42 (6.31)	10.52(6.87)	<0.001	2<3<4, 1<4
Bulimie	1.92 (2.87)	1.14 (2.07)	1.28 (2.43)	2.82 (3.35)	<0.001	2<4 , 3<4
Orale Kontrolle	4.67 (3.58)	2.63 (2.67)	1.84 (2.66)	2.03 (2.73)	<0.05	3<2<1
Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper	16 (4.11)	6.29 (5.44)	10.65 (6.81)	15.28(7.46)	<0.01	1<3<4, 2<3<4
Minderwertigkeits-gefühle	6.01 (4.45)	5.00 (4.28)	5.22 (4.46)	6.53 (5.40)		ns
Perfektionismus	10.02 (4.33)	9.86 (4.71)	9.72 (4.55)	10.18(3.11)		ns
Misstrauen gegenüber anderen	4.34 (2.62)	4.71 (3.24)	4.77 (3.13)	5.94 (3.87)		ns
Unsicherheits-Gefühle	5.79 (5.39)	3.84 (3.93)	4.49 (4.93)	7.42 (5.75)	<0.05	2<1, 2<4 , 3<4,
Angst vor dem Erwachsenwerden	9.41 (5.11)	8.73 (5.18)	9.07 (5.47)	9.33 (5.59)		ns

(Tabelle 7.3.3) Im Fragebogen des *Eating Attitudes Test* und des *Eating Disorder Inventory* zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Mädchengruppen:

Die Gruppe der Übergewichtigen erzielte einen signifikant höheren Werte als anderen Gruppen bei Item 1 (*Diätverhalten)*. Im Vergleich zu der BMI-Gruppe 17.5< BMI<19 und der BMI-Gruppe 19< BMI< 24 lag die weibliche Gruppe der Übergewichtigen höher bei Item 2 (*Bulimie)*. Im Vergleich zu den BMI-Gruppen 17.5< BMI<19 und 19< BMI< 24 erreichte die Gruppe der Untergewichtigen mit dem BMI≥ 17.5 deutlich höhere Werte bei Item 3 (*Orale Kontrolle*). Die Gruppe der weiblichen Übergewichtigen zeigte ein signifikant stärkeres Gefühl der Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper als die anderen Gruppen bei Item 4 (*Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper).* Die weiblichen Übergewichtigen zeigten eine signifikant stärkere Unsicherheit als die Gruppen 17.5< BMI< 19 und19< BMI< 24 bei Item 8 (*Unsicherheitsgefühl*).

Tabelle 7. 3.4. Die Gewichtssorge und die anderen essstörungsspezifischen Einstellungen der männlichen Probanden mit unterschiedlichen BMI-Werten

	BMI≤ 17.5 Gruppe1 Mean (SD)	17.5 < BMI< 20 Gruppe2 Mean (SD)	20≤ BMI ≤ 25 Gruppe3 Mean (SD)	BMI>25 Gruppe 4 Mean (SD)	statistische Signifikanz für 4 Gruppen Komparation (p value)	post-hoc Komparation
N	37	122	226	35		
Diätverhalten	1.73 (3.07)	2.19 (3.78)	2.32 (3.15)	4.79 (5.47)	<0.01	1<2<3<4
Bulimie	0.73 (1.28)	0.95 (1.79)	0.88 (1.59)	1.34 (2.31)		ns
Orale Kontrolle	3.00 (3.26)	2.43 (2.24)	1.46 (1.93)	1.35 (2.33)		ns
Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper	4.64 (4.49)	4.95 (4.41)	5.97 (5.52)	12.69 (6.57)	<0.01	1<2<3<4
Minderwertigkeits -gefühle	6.60 (6.02)	5.20 (4.85)	4.59 (4.01)	6.69 (6.57)		ns
Perfektionismus	11.17 (3.94)	10.44 (4.27)	9.54 (4.26)	7.48 (3.84)	<0.01	4<2 , 4<1
Misstrauen gegenüber anderen	5.39 (3.26)	4.59 (3.09)	4.32 (3.09)	3.84 (3.79)		ns
Unsicherheits-Gefühle	5.76 (5.42)	4.85 (5.37)	4.19 (4.69)	6..97 (7.29)		ns
Angst vor dem Erwachsenwerden	11.41 (6.63)	7.63 (5.12)	7.10 (4.62)	8.39 (6.08)	<0.01	4<2 , 4<1

(Tabelle 7. 3.4**)** Die Gruppe der Übergewichtigen lag signifikant stärker als die anderen Gruppen bei Item (*Diätverhalten).* Die männlichen Übergewichtigen empfanden eine signifikant stärker als andere Gruppen bei Item 4 (*Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper*). Im Vergleich zu der BMI-Gruppe BMI≤17.5 und der BMI-Gruppe 17.5<BMI<20 lag die männliche Gruppe der Übergewichtigen signifikant niedriger bezüglich bei Item (*Perfektionismus*). Im Vergleich zu der BMI-Gruppe BMI≤17.5 und zur BMI-Gruppe 17.5<BMI<20 hatte die Gruppe der männlichen Übergewichtigen eine signifikant geringere bei Item 9 (*Angst vor dem Erwachsenwerden*).

Tabelle 7.3.5 Ausbildungsniveau bei den Vätern der weiblichen Probanden mit unterschiedlichen BMI-Werten

	Primary School	JuniorMiddle School	Senior Middle School	Bachelor/Master	Gesamt
BMI ≤17.5	14 (15.1%)	23 (24.7%)	23 (24.7%)	33 (35.5%=	93 (100%)
17.5<BMI<19	27 (13.7%)	53 (26.9%)	55 (27.9%)	62 (31.5 %)	197 (100%)
19≤ BMI ≤ 24	58 (13.5%)	123 (28.7%)	126 (29.4%)	122 (28.4%)	429 (100%)
BMI>24	4 (12.1%)	3 (9.1%)	9 (27.3%)	17 (51.5%)	33 (100%)
Gesamt	103 (13.7%)	202 (26.9%)	213 (28.3%)	234 (31.1%)	752 (100%)

Tabelle 7.3.6 Ausbildungsniveau bei den Müttern der weiblichen Probanden mit unterschiedlichen BMI-Werten.

	Primary School	Junior Middle School	Senior Middle School	Bachelor/Master	Gesamt
BMI ≤17.5	13 (13.9%)	26 (27.7%)	30 (31.9%)	25 (26.6%)	94 (100%)
17.5<BMI<19	33 (16.8%)	69 (35%)	50 (25.4%)	45 (22.8%)	197 (100%)
19≤ BMI ≤ 24	106 (24.4%)	135(31%)	98 (22.5%)	96 (22.1%)	435 (100´%)
BMI>24	5 (15.2%)	3 (9.1%)	13 (39.4%)	12 (36.4%)	33 (100%)
Gesamt	157 (20.7%)	233 (30.7%)	191 (25.2%)	178 (23.5%)	759 (100%)

Tabelle 7. 3.7 Ausbildungsniveau bei den Vätern der männlichen Probanden mit unterschiedlichen BMI-Werten.

	Primary School	Junior Middle School	Senior Middle School	Bachelor/Master	Gesamt
BMI ≤17.5	2 (5.4%)	8 (21.6%)	14 (37.8%)	13 (35.1%)	37 (100%)
17.5<BMI<20	15 (12.1%)	38 (30.6%)	30 (24.2%)	41 (33.1%)	124 (100%)
19≤ BMI ≤ 25	23 (10%)	59 (25.5%)	68 (29.4%)	81 ((35.1%)	231 (100%)
BMI>25	4 (11.8%)	6 (17.6%)	12 (35.3%)	12 (35.3%)	34 (100%)
Gesamt	44 (10.3%)	111 (26.1%)	124 (29.1%)	147 (34.5%)	426 (100%)

Tabelle 7.3.8. Ausbildungsniveau bei den Müttern der männlichen Probanden mit unterschiedlichen BMI-Werten.

	Primary School	Junior Middle School	Senior Middle School	Bachelor/Master	Gesamt
BMI ≤17.5	8 (22.2%)	9 (25%)	7 (19.4%)	12 (33.3%)	36 (100%)
17.5<BMI<20	22 (17.6%)	35 (28%)	38 (30.4%)	30 (24%)	125 (100%)
19≤ BMI ≤ 25	33 (14.3%)	69 (29.7%)	75 (32.3%)	55 (23.7%)	232 (100%)
BMI>25	4 (11.4%)	6 (17.1%)	17 (48.6%)	8 (22.9%)	35 (100%)
Gesamt	67 (15.7%)	119 (27.8%)	137 (32%)	105 (24.5%)	428 (100%)

(Tabelle 7.3.5, 7.3.6, 7.3.7, 7.3.8) Das Ausbildungsniveau der Väter der weiblichen und männlichen Mitglieder in den Gruppen der Übergewichtigen und das Ausbildungsniveau der Mütter der weiblichen übergewichtigen Mitglieder hatten den höchsten Anteil in der Kategorie „*Bachelor/Master*“. Das Ausbildungsniveau der Mütter der männlichen übergewichtigen Mitglieder hatte den niedrigsten Anteil in derselben Kategorie.

Tabelle 7.3.8 Regression zwischen dem BMI der weiblichen Probanden und Hänseleien, der Relevanz einer schlanken Figur und der Durchführung von Diäten

	T	P
Hänseleien in der Familie	1.522	0.128
Hänseleien von Gleichaltrigen	4.198	0.000**
Wichtigkeit des Schlankseins	0.700	0.484
regelmäßig Sport treiben	-0.59	0.556
Sportstunden pro Woche	-1.035	0.302
Anwendung Diätpillen	3.521	0.001**
Frequenz der Diätpillenanwendung	0.913	0.362
Frequenz der Diäten	1.703	0.090
Dauer der Diäten	0.197	0.844
Frequenz des Wiegens	0.814	0.416

Die obige Tablle zeigt, dass die BMI-Werte nur bei den weiblichen Probanden ein Prädiktor für Hänseleien von Gleichaltrigen und die Anwendung von Diätpillen waren.

Tabelle 7.3.9. Regression zwischen dem BMI der männlichen Probanden und Hänseleien, der Relevanz einer schlanken Figur und der Durchführung von Diäten

	T	P
Hänseleien in der Familie	1.022	0.307
Hänseleien von Gleichaltrigen	1.541	0.124
Wichtigkeit des Schlankseins	1.919	0.056
regelmäßig Sport treiben	0.392	0.696
Sportstunden pro Woche	0.245	0.807
Anwendung Diätpillen	0.632	0.529
Frequenz der Diätpillenanwendung	1.870	0.064
Frequenz der Diäten	0.430	0.668
Dauer der Diäten	0.128	0.898
Frequenz des Wiegens	0.557	0.578

Tabelle 7. 3.10 Wichtige Vermittler von Informationen bezüglich der Themen Ernährung, Diät und Figur für weibliche Probanden

	Freunde	Medien	Eltern	Gesamt
BMI ≤17.5	36 (43.4%)	31 (37.3%)	16 (19.3%)	83 (100%)
17.5< BMI<19	91 (48.1%)	67 (35.4%)	31 (16.4%)	189 (100%)
19≤ BMI ≤ 24	196 (46.8%)	159 (37.9%)	64 (15.3%)	419 (100%)
BMI>24	9 (28.1%)	13 (40.6%)	10 (31.3%)	32 (100%)
Gesamt	332 (45.9%)	270 (37.3%)	121 (16.7%)	723 (100%)

(Tabelle 7.3.10) Eine größere Anzahl weiblicher übergewichtiger Probanden benannte im Vergleich zu anderen Gruppen ihre Eltern als die wichtigsten Informationsvermittler in Bezug auf die Themen Ernährung, Diät und Figur.

Tabelle 7.3.11 Wichtige Vermittler von Informationen bezüglich der Themen Ernährung, Diät und Figur für männliche Probanden

	Freunde	Medien	Eltern	Gesamt
BMI ≤17.5	10 (29.4%)	10 (29.4%)	14 (41.2%)	34 (100%)
17.5< BMI<20	45 (38%)	46 (39%)	27 (22.9%)	118 (100%)
20≤ BMI ≤ 25	80 (36.4%)	92 (41.8%)	48 (21.8%)	220 (100%)
BMI>25	12 (36.4%)	12 (36.4%)	9 (27.3%)	33 (100%)
Gesamt	147 (36.2%)	160 (39.5%)	98 (24.2%)	405 (100%)

(Tabelle 7.3.11) Die männlichen übergewichtigen Probanden hatten den zweitgrößten Anteil an dem Merkmal, dass sie ihre Eltern als eine wichtige Informationsquelle für die Themen Ernährung, Diät und Figur bewerteten.

Tabelle 7.3.12 Fragen zur Bedeutung einer schlanken Figur bei den Mädchengruppen

	keine Bedeutung	normal	wichtig	sehr wichtig	Gesamt
BMI≤ 17.5	6 (6.5%)	24 (25.8%)	41 (44.1%)	22 (23.7%)	93 (100%)
17.5 < BMI< 19	7 (3.5%)	70 (35.4%)	81 (40.9%)	40 (20.2%)	198 (100%)
19≤ BMI ≤ 24	17 (3.9%)	149 (34.1%)	201 (46%)	70 (16.0%)	437 (100%)
BMI>24	0	9 (27.3%)	17 (51.5%)	7 (21.2%)	33 (100%)
Gesamt	30 (3.9%)	252 (33.1%)	340 (44.7%)	139 (18.3%)	761 (100%)

Tabelle 7.3.13 Fragen zur Bedeutung einer schlanken Figur bei den Jungengruppen

	keine Bedeutung	normal	wichtig	sehr wichtig	Gesamt
BMI≤ 17.5	10 (27%)	19 (51.4%)	6 (16.2%)	2 (5.4%)	37 (100%)
17.5 < BMI< 20	32 (25.6%)	51 (40.8%)	32 (25.6%)	10 (8%)	125 (100%)
19≤ BMI ≤ 25	44 (19%)	102 (44%)	69 (29.7%)	17 (7.3%)	232 (100%)
BMI>25	4 (11.4%)	12 (34.3%)	15 (42.9%)	4 (11.4%)	35 (100%)
Gesamt	90 (21%)	184 (42.9%)	122 (28.4%)	33 (7.7%)	761 (100%)

(Tabelle 7.3.12, Tabelle 7.3.13**)** Die weiblichen BMI-Gruppen hatten einheitlichere Werte (weniger Standardabweichungen in Prozent) bei den Items (*wichtig* und *sehr wichtig*) als die männlichen BMI-Gruppen.

Zusammenfassung:

Sowohl die Mädchengruppe der Übergewichtigen als auch die Jungengruppe der Übergewichtigen legte nicht nur signifikant mehr Wert auf das Durchführen von Diäten als die anderen Gruppen. Diese Gruppen empfanden auch eine deutlich stärkere Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper als dies bei den anderen Gruppen der Fall war.
Das Ausbildungsniveau der Väter der übergewichtigen Mädchen- und Jungengruppen und das Ausbildungsniveau der Mütter der übergewichtigen Mädchengruppen erzielte die höchsten Werte bezüglich der Kategorie „*Bachelor/Master*“.
Die BMI-Werte der Mädchen können als Prädiktor für Hänseleien von Gleichaltrigen und die Anwendung von Diätpillen angesehen werden.

8. Pädagogische Prävention und Gesundheitsförderung

Wie in der vorliegenden Arbeit bereits diskutiert, verändert sich die chinesische Gesellschaft (Familienstruktur, die Beziehungen der Menschen, der Lebensstil, Essgewohnheiten usw.) relativ schnell. Dieser rasante Wandel kann bei Kindern und Jugendlichen zu einem Gefühl der Überforderung und zum Verlust ihres Selbstbewusstseins führen, was z. B. auch zur Entwicklung von Essstörungen und Adipositas beitragen kann. Deshalb sind Überlegungen sowohl für pädagogische Maßnahmen als auch für Gesundheitsförderungsmaßnahmen notwendig. Es sollen die folgenden, in der Arbeit untersuchten Bereiche hinsichtlich der Möglichkeiten der Gesundheitsförderung überprüft und diskutiert werden:

1. *Übergewicht von Kindern und Jugendlichen*

In der vorliegenden Studie hatten 68 Probanden (5,5%) nach eigenen Angaben Übergewicht.

2. *Minderwertigkeitsgefühle bei Jugendlichen aus Minderheitsgruppen*

Die uigurischen Mädchen hatten signifikant höhere Werte bei dem Faktor *Minderwertigkeitsgefühle* als die Han-Mädchen in Urumqi. Die uigurischen Jungen hatten bei diesem Punkt höhere Werte als die Han-Jungen in Urumqi.

3. *Konflikte zwischen Eltern und ihren Kindern*

In der vorliegenden Arbeit sah die Mädchengruppe EAT≥20 in ihren Familien signifikant mehr Konfliktpotenzial und bewertete ihre Eltern als signifikant impulsiver als die anderen Gruppen. Die Jungengruppe EAT≥20 bewertete ihre Eltern ebenfalls als impulsiver als die anderen Gruppen.

8.1. Definition von Gesundheit, Prävention und Gesundheitsförderung

Früher wurde *Gesundheit* als das Fehlen von Krankheiten definiert (Hartmann et al. 1959). Es gibt allerdings Diskussionen über die Richtigkeit dieser Definition, weil darin der Begriff „Gesundheit nicht als eigenständiger Zustand definiert ist, sondern lediglich negativ vom Krankheitszustand abgegrenzt wird“ (Lohaus 1993, S. 7). *Gesundheit* wurde durch die WHO (1946) definiert, als ein „Zustand vollkommenen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens“ . Der Definition der WHO ist in der Forschungsliteratur sehr starke Beachtung zuteil geworden (Lohaus 1993, S. 7). Dennoch gab es auch bei dieser Definition mehrere Punkte, die kritisiert wurden:

1. Die Definition ist statisch angelegt und der Zustand der Gesundheit wird betont (Berendt 1981). „Wenn man jedoch von einer entwicklungspsychologischen Perspektive ausgeht, dann

ist gerade auch die Dynamik der Gesundheit von zentraler Bedeutung. Im Laufe der Ontogenese kann es mehr oder weniger starke Annährungen an den Zustand des vollkommenen Wohlbefindens geben, wobei insbesondere auch Abweichungen für die persönliche Weiterentwicklung von großer Bedeutung sind. Diese Aspekte sind in der Definition vernachlässigt“ (Lohaus 1993, S. 7).

2. Die subjektiven Aspekte von Gesundheit werden in der Definition betont und die objektiven Aspekte werden vernachlässigt. Durch die Betonung der subjektiven Aspekte wird übersehen, dass trotz subjektiven Wohlbefindens eine gesundheitliche Gefährdung gegeben sein könnte **(**Lohaus 1993, S. 8**).** Es gibt ebenfalls Kritik an der mangelnden Operationalisierbarkeit dieser Definition (Zimmer 1981). „Es bleibt unklar, wie der Zustand des vollkommenen Wohlbefindens aussieht, welcher Grad der Annäherung als kompatibel gelten kann und wie dies operational gemessen werden könnte“ (Lohaus 1993, S. 8).

Unter *Prävention* (vom lateinischen *praevenire* = „ zuvorkommen“, „verhüten“) versteht man die medizinische Begrifflichkeit der Weltgesundheitsorganisation von vorbeugenden Maßnahmen, um unerwünschte Ereignisse oder Entwicklungen sowie Risiken zu vermeiden (Lasser et al. 1993, S. 177). Caplan (1964) unterschied die primäre, sekundäre und tertiäre Prävention. Die *primäre Prävention* bezeichnet das Ziel, die Inzidenzrate bzw. die Rate des Neuauftretens von gesundheitsrelevanten Problemen zu senken. Bei der *sekundären Prävention* geht es darum, dass bereits Störungen eingetreten sind und eine Verkürzung des Störungszeitraums, sowie eine Wiederherstellung des ursprünglichen Zustands erreicht werden soll. Die sekundäre Prävention zielt darauf ab, die Prävalenzrate zu senken. Die *tertiäre Prävention* zielt darauf ab, mögliche Folgeschäden bereits eingetretener, gesundheitsrelevanter Probleme zu vermeiden bzw. zu minimieren.

Gesundheitsprojekte in Schulen orientierten sich seit den 1980er Jahren vermehrt an Gesundheitsförderung im Einklang mit den von der WHO in der Ottawa-Charta formulierten Zielen (Krause et al. 2000). In dieser Charta, die im Jahr 1986 auf der ersten weltweiten Tagung der WHO zur Gesundheitsförderung in Ottawa verabschiedet wurde, heißt es: Gesundheitsförderung soll „allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigen“ (WHO 1986). Selbstbestimmung über die Gesundheit und die aktive Beteiligung an der Schaffung gesunder Lebensbedingungen sind nicht nur für Erwachsene, sondern auch für Kinder und Jugendliche in der Schule und an der Universität wichtige Aspekte (Krause et al. 2000). Sie werden dadurch befähigt, sich aktiv einzumischen und gesellschaftliche Prozesse mitzugestalten, z.B. im Kampf gegen Adipositas, Überkonsum von Medien,

Minderwertigkeitsgefühle und können sich einsetzen für das Ausbauen der sozialen Kompetenzen für die Erweiterung der sozialen Kompetenz im Hinblick auf Umgang mit Menschen.

Antonovsky (1993) hat den Begriff „Salutogenese“ als Gegenbegriff zum Begriff „ Pathogenese“ eingeführt. Der Begriff „Salutogenese“ wird in der Gesundheitswissenschaft zunehmend verwendet wird. Antonovsky hat drei wesentliche Faktoren definiert und bezeichnete ihr Zusammenwirken als Kohärenzgefühl („Sense of Coherence“), worunter er eine globale Orientierung verstand.

(1) Gefühl von Verstehbarkeit (sense of comprehensibility)

Damit ist gemeint, „die Erwartung bzw. Fähigkeit von Menschen, Stimuli- auch unbekannt- als geordnete, konsistente, strukturierte Informationen verarbeiten zu können und nicht mit Reizen konfrontiert zu sein bzw. zu werden, die chaotisch, willkürlich, zufällig und unerklärlich sind“(Bengel et al. 2001, S. 29).

(2) Gefühl von Handhabbarkeit bzw. Bewältigungsmöglichkeit (sense of manageability)

Darunter ist „die Überzeugung eines Menschen, dass Schwierigkeiten lösbar sind“ zu verstehen. Es wird von Antonovsky als instrumentelles Vertrauen bezeichnet. Dieses Vertrauen bezieht sich nicht nur darauf, über eigene Ressourcen und Kompetenzen verfügen zu können, sondern auch auf den Glauben daran, „dass andere Personen oder eine höhere Macht dabei helfen, Schwierigkeiten zu überwinden“ (Bengel et al. 2001, S. 29).

(3) Gefühl von Sinnhaftigkeit, bzw. Bedeutsamkeit (sense of meaningfulness)

Antonovsky beschreibt diese Komponente als „Ausmaß, in dem man das Leben als emotional sinnvoll empfindet: Dass wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es Wert sind, Energie in sie zu investieren, dass man sich für sie einsetzt und sich ihnen verpflichtet, dass sie eher willkommene Herausforderung sind als Lasten, die man gerne los wäre“ (Antonovsky1997**,** S.36). Antonovsky geht davon aus, dass diese Komponente am wichtigsten ist. „Ohne die Erfahrung von Sinnhaftigkeit und ohne positive Erwartungen an das Leben ergibt sich trotz einer hohen Ausprägung der anderen beiden Komponenten kein hoher Wert des gesamten Kohärenzgefühls“ (Bengel et al. 2001, S. 30).

Antonovsky ist der Ansicht, dass sich das Kohärenzgefühl im Laufe der Kindheit und Jugend entwickelt und von den gesammelten Erfahrungen und Erlebnissen beeinflusst wird. In der Adoleszenz sind größere Veränderungen noch möglich. Aber im Erwachsenenalter ist das Kohärenzgefühl schon ausgebildet und bleibt relativ stabil (Bengel et al. 2001, S. 31).

Ob sich ein starkes oder ein schwaches Kohärenzgefühl herausbildet, ist nach Antonovsky vor allem von der Verfügbarkeit generalisierter Widerstandsressourcen abhängig. Diese Ressourcen sind unterschiedliche Faktoren, die eine erfolgreiche Stressbewältigung ermöglichen. Sie beziehen sich sowohl auf individuelle als auch auf soziale und kulturelle Faktoren. Ein starkes Kohärenzgefühl entsteht, wenn generalisierte Widerstandsressourcen vorhanden sind, „die wiederholt konsistente Erfahrungen ermöglichen und die Einflussmöglichkeiten sowie eine Balance von Über- und Unterforderung beinhalten“(Bengel et al. 2001, S. 31) Erfahrungen, die überwiegend durch Unvorhersehbarkeit, Unkontrollierbarkeit und Unsicherheit geprägt sind, führen zu einem schwachen Kohärenzgefühl. Das bedeutet aber nicht, dass ein Mensch nie Unsicherheit und Unvorhergesehenes erfahren darf, um ein hohes Kohärenzgefühl zu erwerben. Es ist für die Entwicklung eines starken Kohärenzgefühls erforderlich, „ein ausgewogenes Verhältnis von Konsistenz und Überraschung, von lohnenden und frustrierenden Ereignissen zu erfahren“ (Bengel et al. 2001, S. 31).

Das Selbstwertgefühl kann unter Phänomenen wie Selbstvertrauen, Selbstsicherheit, Selbstakzeptanz und Selbstkontrolle erfasst werden. Es ist „eine generalisierte Widerstandsressource, die unter den individuellen Ressourcen eine Schlüsselposition einnimmt“ (Krause 2004, S. 67). Kohärenzgefühl entwickeln heißt in diesem Sinn, dass „1. die Anforderungen aus der Umwelt strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind, 2. entsprechende Ressourcen zur Verfügung stehen, diesen Anforderungen gerecht werden zu können, 3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, für die sich Anstrengung und Engagement lohnen. “ (BZgA 2001, S.29f.).

8.2. Projekte in China

In China werden vermehrt Präventions- und Interventionsprogramme gegen Übergewicht von Kindern und Jugendlichen durchgeführt, selten werden Programme zur Bekämpfung von Minderwertigkeitsgefühlen bei Jugendlichen aus Minderheitsgruppen und zur Hilfe bei Konflikten zwischen Eltern und ihren Kindern eingesetzt.

8.2.1 Übergewicht von Kindern und Jugendlichen

Guan und Cheng (1998) haben durch ihre Studie mit 4897 18 bis 19 jährigen Schülerinnen und Schülern herausgefunden, dass 9,01% der Probanden übergewichtig waren. Zhou et al. (2006) haben durch eine Studie in Chengde mit 4857 7 bis 18 jährigen Schülerinnen und Schülern festgestellt, dass 10,4% der Schülerinnen und Schüler übergewichtig waren. Huang

(2006) hat in einer Studie mit 9313 Schülerinnen und Schülern (von Grundschule bis Gymnasium) in einem ökonomisch wenig entwickelten Gebiet angegeben, dass 6,5% der Probanden übergewichtig waren. Studien von Zhou et al. (2006) und Huang (2006) haben gezeigt, dass die Prozentzahl der übergewichtigen Schülerinnen und Schülern der Grundschule signifikant höher als die Prozentzahl bei Schülerinnen und Schüler in Gymnasien war und die Prozentzahl der Schülerinnen und Schüler in Gymnasien signifikant höher lag als die Prozentzahl der Schülerinnen und Schüler in Gymnasien. Bei der Gesundheitserziehung auf größerer Dimensionsebene, wie z.B. Schule und Gemeinde, spielten die Eltern eine sehr wichtige Rolle. Die Essgewohnheiten, Wünsche den Sport betreffend und der psychologische Zustand werden durch die Eltern stark beeinflusst (Gong 2007).

Wang et al. (2005) haben Interventionsprojekte in einer Gemeinde in Beijing mit 60 übergewichtigen Säuglingen (0 bis 3 Jahre) und ihren Eltern durchgeführt. Vor der Präventionsmaßnahme hatten die Eltern einen Fragebogen ausgefüllt. 63% der befragten Eltern waren nicht Bekannte, „in welcher Lebensphase das am schwersten zu heilende Übergewicht auftaucht". 38% meinten, dass Übergewicht und Adipositas keine Krankheiten seien. 32% der befragten Eltern gaben an, dass Säuglinge unter einem Jahr ein bisschen dicker sein könnten. 24% meinten, dass bei Säuglingen unter einem Jahr Übergewicht nicht unbedingt wichtig sei. 16% gaben an, es sei gut, während der Schwangerschaft viel zu essen. Chen (2007) hat durch ihre Studie mit Eltern von 188 übergewichtigen Kindern herausgefunden, dass 11 Elternpaare (5,8%) der Ansicht waren, wenn die Kinder übergewichtig seien, hätten sie ihre Aufgabe als Eltern gut erfüllt. 39 Elternpaare (20,7%) gaben an, dass Übergewicht einige Gesundheitsprobleme auslösen könne, aber im Moment würden sie es dabei belassen. Die oben genannten Beispiele haben gezeigt, dass bereit in der Grundschule und sogar schon im Kindergarten mit der Durchführung von Interventionsprogrammen gegen Übergewicht bei Kindern und Jungendlichen begonnen werden sollte, weil es dort am häufigsten Fälle von Übergewicht gab. Dabei müssten die Eltern ebenfalls mitarbeiten, weil sie starken Einfluss auf die Kinder und Jugendlichen haben.

Folgende Interventionsprogramme wurden in China gegen Übergewicht von Kindern und Jugendlichen entwickelt:

1. *„Health promotion school programme"*

Im Zusammenarbeit von WHO und dem "Chinese Center for Disease Control and

Prevention" wurde in Xiamen ein „Health promotion school programme" durchgeführt, wobei eine Grundschule als Interventionsschule und eine andere Grundschule als Kontrollschule eingesetzt wurden. In der Interventionsschule wurden Informationen über gesunde Ernährung vermittelt. Die Schülerinnen und Schüler wurden aufgefordert, im Alltag mehr Sport zu treiben und wenig Wettkampfsport zu betreiben. Die Eltern sollten ebenfalls an dem Programm aktiv teilnehmen und öfter gesundes Essen anbieten. Auch die Unterstützung von den Gemeinden wurde gesucht. Durch die Gemeinden wurden mehr Spielplätze für Kinder und Jugendliche gebaut. Alle Schülerinnen und Schüler sollten ein Ernährungs- und Sport-Tagebuch führen, um zu erreichen, dass sie selbst auf ihre Ernährung und ihre sportliche Betätigung achten. Andererseits hatten die Mitarbeiter/innen und Lehrer/innen dadurch einen klaren Einblick in die Aktivitäten der Schülerinnen und Schüler. Es gab außerdem noch Fragebogen über Ernährung und Sport für Schülerinnen und Schüler, Lehrerinnen und Lehrer sowie die Eltern. In der Kontrollschule gab es nur eine Fragebogenuntersuchung. Zwei Jahre später war die Prozentsatz der Übergewichtigen in der Interventionsschule von 28,6% auf 12,4% gesunken. Die Teilnahme an dem Programm führte zu mehr Wissen über gesunde Ernährung und die Bedeutung von Sport. Außerdem wurde das Verhalten verändert. In der Kontrollgruppe gab es keine signifikanten Veränderungen (Chen et al. 2007).

2. *Präventionsprogramm mit Grundschüler/innen*

Jiang et al. (2002) haben ein Interventionsprogramm mit Schülerinnen und Schülern von der ersten bis zur dritten Klasse (7 bis 10 Jahre) in Beijing mit 1597 Schülerinnen und Schülern als Interventionsgruppe und mit 2118 Schülerinnen und Schülern als Kontrollgruppe durchgeführt. Das Programm (Gesundheitserziehung, Sport, Ernährungsregulierung) dauerte drei Jahre.

Bei der *Gesundheitserziehung* wurden die Schülerinnen und Schüler durch den Unterricht und Diskussionen mit den Begriffen von Übergewicht, den Gründen für Übergewicht, den Risiken für die Gesundheit, Interventionsprinzipien und dem Kalorienbedarf von Kindern bekannt gemacht. In jeden Semester gab es Kurse für die Eltern der übergewichtigen Schülerinnen und Schüler und zusätzlich einen Kurs für alle Eltern. Zum Ende des Semesters wurde ein Brief an die Eltern der übergewichtigen Schülerinnen und Schüler geschickt, in dem über die physiologischen Veränderungen ihrer Kinder informiert wurde sowie darüber, welche Maßnahmen die Eltern in den Semesterferien ergreifen sollten.

Die Sportlehrer sorgten dafür, dass die übergewichtigen Schülerinnen und Schülern mehr Sport im Sportunterricht trieben. Die Schülervertreter dagegen achteten darauf, dass sie sich

während der Unterrichtspausen sportlich betätigten, während die Eltern die Kinder zu Hause zu mehr Bewegung motivierten.

Die Ernährungsregulierung wurde vor allem beim Abendessen der übergewichtigen Schülerinnen und Schülern vorgenommen. Wenn sie bereits vor dem Abendessen Hunger hatten, sollten sie ausschließlich Obst und Gemüse zu sich nehmen. Die Reihenfolge des Abendessens bestand aus Gemüse, Obst und Suppe, danach gab es Beilagen und Fleisch. Das Esstempo wurde verlangsamt. Nach dem Abendessen durfte nichts mehr gegessen werden. Die Menge der Nahrungsmittel der übergewichtigen Schülerinnen und Schüler wurde nicht kontrolliert.

Ergebnisse: Nach drei Jahren sank die Prozentzahl der Übergewichtigen in der Interventionsgruppe von 16,9% auf 12,3%, die Prozentzahl der Übergewichtigen in der Kontrollgruppe stieg von 17,4% auf 23,2%. Weil der Umfang der sportlichen Betätigungen und die Menge der aufgenommenen Nahrung bei den übergewichtigen Schülerinnen und Schüler nicht kontrolliert wurden, gab es nur eine sehr begrenzte Wirkung auf Schülerinnen und Schüler mit Adipositas.

8.2.2 Das Minderwertigkeitsgefühl von Kindern und Jugendlichen aus Minderheitsgruppen

Das Minderwertigkeitsgefühl bei den Schülerinnen und Schülern in der Studie über Minderheitsgruppen, die vor allem aus Urumqi kommen, ist auf die soziale Distanz zurückzuführen. So werden z.B. die Schüler aus Han- und Minderheitsgruppen in unterschiedliche Klassen eingeteilt, obwohl sie die gleiche Schule besuchen dürfen. Die Gründe dafür sind unter anderem in den kulturellen Unterschieden, wie unterschiedliche Konfessionen und in den Differenzen bezüglich der Sprachkompetenz zu suchen. Um Konflikte zu vermeiden, werden die Schüler der Han- und Minderheitsgruppen getrennt. Solche Erscheinungen sind nicht nur in der Schule, sondern auch im Kindergarten und an den Universitäten zu beobachten. Minderheitsgruppen werden im kleinen Kreis geschützt. Kurzfristig gesehen lassen sich auf diese Weise viele Konflikte vermeiden, aber auf lange Sicht kann dieses Vorgehen die Integrationskompetenz der Minderheitsgruppen schwächen.

Das Minderwertigkeitsgefühl von Student/innen aus Minderheitsgruppen ist auf den sozialökonomischen Status und die Sprachunterschiede zurückzuführen.

1. Der sozialökonomische Status

Aus unterschiedlichen Gründen sind Minderheitsgruppen, die in dicht besiedelten Wohngebieten leben, wirtschaftlich zurückgefallen (Kang 2002). Viele Studentinnen und Studenten aus Minderheitsgruppen stammen aus Nomadenfamilien mit niedrigem Einkommen. Der durchschnittliche Lebensunterhalt eines chinesischen Studenten beträgt 800 Euro/ Jahr, das Netto-Einkommen einer nomadischen Familie mit niedrigem Einkommen beträgt 500 Euro/ Jahr (Ma 2006). Viele Minderheitsgruppen haben ein niedrigeres Ausbildungsniveau als Han-Chinesen (Kang 2002). Das kann auch ein Grund dafür sein, dass die Minderheitsgruppen über ein niedrigeres Selbstwertgefühl verfügen.

2. Sprache

In der Schule werden die Studenten und Studentinnen aus Minderheitsgruppen in der eigenen Sprache unterrichtet. Sobald sie zur Universität gehen, ergeben sich allerdings einige Schwierigkeiten. Die Universitäten befinden sich vor allem in großen Städten und dort wird größtenteils Han-Chinesisch gesprochen. An der Universität werden auch zahlreiche Seminare in Han-Chinesisch unterrichtet. Viele Studenten/innen aus Minderheitsgruppen haben starke Probleme. Sie brauchen teilweise bis zu drei Jahre (die Studierdauer beträgt insgesamt vier Jahre bis zum Bachelor-Abschluss), um sich daran zu gewöhnen, in der ihnen unbekannten Sprache zu kommunizieren. Vorher haben sie Angst mit den Han-Chinesen, den Dozenten oder mit der Verwaltung an der Universität Kontakt aufzunehmen. Sie bleiben lieber im kleinen Kreis unter sich, mit den Menschen aus ihrer Heimat (Kang 2002).

Nach ihrem Universitätsabschluss haben sie Schwierigkeiten bei der Arbeitssuche, das kann auch später zu Minderwertigkeitsgefühlen beitragen. Liu (2007) hat mithilfe ihrer Studie mit 250 Universitätsabsolventen aus Minderheitsgruppen in der Provinz Xinjiang feststellen können, dass 90,3% der Befragten meinen, gut und sehr gut Han-Chinesisch zu beherrschen, obwohl bei dem Aspekt der Sprachkompetenz der meisten Universitätsabsolventen aus Minderheitsgruppen bezüglich des Chinesischen die Anforderungen der Arbeitgeber nicht erreicht werden.

Allerdings sollten die Universitätsabsolventen aus Minderheitsgruppen zu gleichen Bedingungen mit den Universitätsabsolventen der Han-Nationalität auf dem Arbeitsmarkt konkurrieren können. Bei der Frage "ob die Regierung und Familie viel Hilfe geleistet haben", bejahen dies 84,4% , 15,6% haben keinerlei Hilfestellung erfahren. Wenn sich jemand als Angehöriger einer Minderheit fühlt und außerdem die Regierung und die Familie denjenigen beständig unterstützen, kann dies dazu führen, dass er nicht in der Lage sein wird, jemals ein selbständiges Leben zu führen. Liu (2007) vertritt die Aufassung, dass diese

Menschen sich dann immer auf Hilfe verlassen, wenn sie beispielweise Schwierigkeiten bei der Arbeitssuche haben.

Nach Sichtung der Literatur kam Liu (2007) zu dem Schluss, dass Integrationsprogramme für Kinder und Jugendliche aus Minderheitsgruppen in China nicht zu finden sind und der Autor selbst kam ebenfalls zu diesem Ergebnis.

8.2.3 Konflikte zwischen Eltern und ihren Kindern

Es gibt in China bereits einige Studien über die Beziehung zwischen Jugendlichen und ihren Eltern, z.B. bezüglich des Zusammenhangs zwischen dem Erziehungsstil der Eltern und der Persönlichkeit der Kinder, ebenso über Konflikte zwischen Jugendlichen und ihren Eltern.
Anhand dieser Studien wurde herausgefunden, dass das Geborgenheitsgefühl, die Toleranz der Eltern, strenge Strafen, Verbote, die Überbehütung durch die Eltern signifikante Prädiktoren für das psychische Gesundheitsniveau ihrer Kinder sind (Liu & Liu 2004; Yao & Liu 2007). Zhu und Ding (2003) geben an, dass die Schülerinnen und Schüler mit höherer Punktzahl im Fragebogen *Symptom Checklist* (SCL-90) eine stärkere Introvertiertheit und Empfindlichkeit auf die äußeren Stimuli zeigen. Sie beurteilen ihre Eltern mit vermehrt negativen Erziehungsstilen, wie strenge Bestrafung, Verbote und Überbehütung.

Es gibt in China nur wenige Studien über die Konflikte zwischen Jugendlichen und ihren Eltern (Fang & Dong 1998; Fang et al. 2003a; Fang et al. 2003b). Der Grund dafür ist, dass nach den chinesischen Traditionen die Kinder ihren Eltern gegenüber Gehorsam und Respekt zeigen sollen. Die Entwicklung des Individuums liegt in der Verantwortung der Familie und der Eltern (Fuligni 1993). Die Studien in den USA und Europa zeigen, dass bei Jugendlichen in der Junior Middle School Konflikte mit den Eltern zunehmen, gleichzeitig sinkt die Intimität zwischen ihnen und ihren Eltern (Collins & Russell 1991). Weil die Jugendlichen über mehr Kenntnisse und Kompetenzen verfügen, verändert sich die Beziehung zwischen Eltern und Kindern von „one pole- Eltern haben Macht“ zu „two pole- Eltern und Kinder haben Macht“ (Fuligni 1998). Auf einer Seite bewerten manche Wissenschaftler den Konflikt zwischen Eltern und Jugendlichen als normal, denn es zeigen sich die Wünsche der Jugendlichen nach Unabhängigkeit (Allen, Aber & Leadbeater 1990; Fuligni 1993). Auf der anderen Seite besteht eine Beziehung zwischen dem Eltern-Kind-Konflikt und dem Problemverhalten der Jugendlichen (Gehring et al. 1990; Fang et al. 2003b). Besonders deutlich wird dies bei Jugendlichen mit Bulimia, die ihr Familienklima als konflikthaltig

bewerten (Okon et al. 2002).[7]

Fang und Dong (1998) haben durch ihre Studie mit 192 Junior Middle School-Schülerinnen und Schülern in Beijing herausgefunden, dass die Jungen mehr Konflikte mit ihren Eltern haben als die Mädchen und ältere Schüler mehr Konflikte mit ihren Eltern als jüngere Schüler haben.

Fang et al. (2003a) haben durch ihre Studie mit 829 Junior und Senior Middle School Schülerinnen und Schülern in Beijing herausgefunden, dass beim Studium, Alltagsarrangement und im Haushalt die meisten Konflikte auftreten, während es bei privaten Angelegenheiten die wenigsten Konflikte gibt. Wenn die Schülerinnen und Schüler einen Konflikt mit ihren Eltern haben, nutzen sie am häufigsten die Taktik des Ausweichens. Am seltensten nutzen sie die Intervention durch eine dritte Person. Laut Tan und Qi (2007) ist die Intervention durch eine dritte Person eine günstige Methode im Konfliktfall sei.

Augenblicklich gibt es in China keine Präventionsprogramme, um Konflikte zwischen Eltern und ihren Kindern zu thematisieren und Konfliktlösungsmöglichkeit zu erproben. Eine Ausnahme bilden einem Informationsabende für Eltern, zu dem jeweils ein Experte eingeladen wird, um die Fragen der Eltern zu beantworten.

8.3 Projekte in anderen Ländern

8.3.1 Projekte zur Gesundheitsförderung und gegen Adipositas

In Europa gibt es eine Vielzahl von Gesundheitsförderungsprogrammen. Ein großer Teil der Projekte sind „Setting-Ansätze“. Diese werden in der Schule und im Kindergarten durchgeführt. Daneben gibt es Projekte, die sich spezifisch an Gruppen mit Übergewicht und verhaltensauffälliger Sucht richten.

1. *Gesundheitsförderprojekt „Ich bin ich- Gesundheit fördern durch Selbstwertstärkung“.*

Die theoretische Grundlage dieses Projekts basiert auf dem Konzept der Salutogenese von Antonovsky. In diesem Projekt liegt der Fokus „nicht auf dem Vermeiden der Risiken des Lebens, sondern auf dem Entwickeln von Kompetenzen im Umgang mit diesen Risiken“ (Krause et al. 2000, S. 5). „Das Programm wurde von 1995 bis 1999 am Pädagogischen Seminar der Georg-August-Universität Göttingen und dem Institut für Medizinische Psychologie der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald erprobt und evaluiert“ (Krause 2004, S. 260).

[7] vgl. die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit

Die Zielstellungen dieses Projekts sind **(**Krause 2004, S. 260**):**

- die Entwicklung von gesundheitsförderlicher Selbstreflexion und Empathie zur Steigerung des Selbstwertgefühls;
- das Erleben von Kommunikationsfähigkeiten, um Störungen in den zwischenmenschlichen Beziehungen zu erkennen, Konflikte produktiv zu ösen und damit das Wohlbefinden zu erhöhen;
- die Befähigung zum effektiven Umgang mit Stressoren für die Bewältigung von Belastungssituationen, so dass letztendlich Belastungen eher als Herausforderung erlebt werden können.

Das Förderprogramm ist auf Grundschulkinder ausgerichtet und umfasst folgende fünf Schwerpunkte (Krause 2004):

(1) *Entwicklung und Förderung der Selbstreflexion*. Ziel : Erkennen und Nutzen der eigenen Stärken nach dem Motto:“ Ich bin ich- so wie ich bin, bin ich okay.“.

(2) *Gesundheitsförderliche Kommunikation*. Ziel: Entwicklung der Kommunikationsfähigkeit und Üben von Möglichkeiten zur Lösung von Konflikten nach dem Motto: „Jeder ist anders. Ich akzeptiere dich, so wie du bist.“

(3) *Entwicklung und Förderung von Körpererfahrung und Körperbewusstsein*. Ziel: Entwicklung von Stolz auf den eigenen Körper. Wahrnehmung der eigenen Körpersignale und Achten auf die Körpersignale der anderen nach dem Motto: „Mein Körper ist mein Haus, und dort fühle ich mich wohl.“

(4) *Gesundheitsförderliche Freizeitgestaltung*. Ziel: Wahrnehmen und Ausüben von Alternativen zu gesundheitsgefährdendem Verhalten, Verhinderung von Suchtenentwicklung, Lesen statt Fernsehen, Spielen mit Freunden statt Computer u.a. nach dem Motto: „Was man alles tun kann, um sich wohl zu fühlen und gesund zu bleiben.“

(5) *Gesunde Ernährung*. Ziel: Entwicklung von bewusster Stellungnahme zum Ernährungsverhalten. Befähigung zu eigenständigen Entscheidungen nach dem Motto: „Ich entscheide selbst, was ich esse und wie viel ich esse, um gesund zu bleiben.“

Der Autor hat an diesem Projekt in einer Grundschule teilgenommen Seines Erachten wären für die chinesischen Kinder die „Entspannungsübungen“ und „die Übungen zur Selbsterfahrung und Selbstgestaltung“ besonders wichtig und sinnvoll wären.

Die Entspannungsübung gehört immer an den Anfang einer Förderstunde. Die Kinder setzen

oder legen sich auf ihre Matten und lernen, sich auf unterschiedliche Weise zu entspannen. Während dieser Übung wird Entspannungsmusik eingesetzt, die das emotionale Erleben verstärken kann. Begleitend kann ein passender Text vorgelesen werden, wie z.B. Phantasiereisen für Kinder im ersten Schuljahr (vgl. Krause 2004, S. 266). Wenn die Kinder sich an solche Übungen gewöhnen, können sie diese zu Hause oder anderswo als eine der Bewältigungsstrategien von Stress verwenden, ebenso im Erwachsenalter.

Die Übungen zur Selbsterfahrung und Selbstgestaltung sind ein immanenter Bestandteil des Programms und kommen in allen Gesundheitsstunden zum Einsatz. In der ersten Gesundheitsstunde sollen die Kinder z. B. ihren eigenen Namen klatschen und/oder singen. Durch diese Übung sollen die Kinder die Einmaligkeit und Schönheit des eigenen Namens und der Namen anderer Kinder erfahren. Die Namen können von den Kindern mit einer Körperbewegung dargestellt werden.

2. Die Pfundskur

Die Pfundskur ist die größte Gesundheitsaktion zur Prävention von Übergewicht, die bisher in Baden-Württemberg und Sachsen eingeführt wurde. Aktionspartner sind die AOK sowie die Landesrundfunkanstalten SWR bzw. MDR. Die Pfundskur bietet ein Verhaltenstraining über zehn Wochen an.

Mit der Pfundskur wird das Prinzip verfolgt, dass die Reduktion ungünstigen Verhaltens zu begünstigen sei, wobei freigestellt ist, was als alternatives Verhalten gewählt wird. Die Verhaltenskontrollen konzentrieren sich auf den kontrollierten Fettkonsum - symbolisiert durch 20 Fettaugen pro Tag, bzw. 140 Fettaugen pro Woche (Petermann & Pudel 2003).

Folgende Komponenten dieses Programms sind hervorzuheben:

Produkt: Die Pfundskur „liefert“ das Produkt „Lust auf Leben“ und verspricht konkret: Die dicke Chance für die schlanke Linie.

Public relations: Großveranstaltungen mit einer Multimedia-Präsentation in jeweils mehr als 20 Städten laden ein zum Infotainment über die Pfundskur.

Distribution: Im gesamten Gebiet jedes Bundeslandes nehmen AOK-Gruppen an einem zehnwöchigen Training teil. Informationen, Ratschläge und Tipps zur Pfundskur bieten Tagszeitungen sowie regelmäßige Rundfunk- und Fernsehsendungen. Spezielle Pfundskur-Produkte (fettarm) sind in Fleischereien, Bäckereien und im Lebensmittelhandel zu finden. Walking- und Fahrradtreffs finden in der Region statt.

Erste Bewertung: Es gab allein in Baden-Württemberg mehr als 330000 aktive Teilnehmer im Jahr 2000, eine sehr positive Bewertung (Schulnote 1,9) für die Pfundskur wurde in einer repräsentativen Erhebung vergeben (Ellrott & Pudel 2003).

Der Erfolg der Pfundskur hat bestätigt, dass nicht nur Verhaltensprävention im Vordergrund steht, sondern auch durch Aktionspartner wie Fleischereien, Bäckereien, Gastronomiebetriebe, Lebensmittelhandel ein gutes Stück Verhaltensprävention geleistet werden kann.
Die Stiftung Warentest (2002) beurteilte die Pfundskur als „uneingeschränkt empfehlenswert“. Die langfristigen Wirkungen der Pfundskur im Sinne einer Prävention der Adipositas müssen in der Zukunft beobachtet werden (Petermann & Pudel 2003, S. 176).

3. *"5 am Tag*"

"5 am Tag" ist ein durch die Krebsgesellschaft NRW e.V. und die Barmer-Krankenkasse entwickeltes, bundesweites Gesundheitsförderungsprogramm. Das Motto lautet: *5 mal täglich Obst und Gemüse*, damit den Menschen vom Kindesalter an gesunde Essgewohnheiten vermittelt werden. Das Programm beugt aktiv Übergewicht und Krebs vor und schützt vor Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Dieses Programm richtet sich vor allem an Kinder der 3. oder 4. Grundschulklasse. Sie sollen an einer dreiteiligen, fächerübergreifenden Unterrichtseinheit teilnehmen. Der erste Teil besteht aus einer Lerneinheit im Klassenzimmer, es folgt eine Warenkundeeinheit in einem nahegelegenen Supermarkt. Zum Schluss gibt es eine Praxiseinheit, bei der eine gesunde Zwischenmahlzeit von den Kindern selbst zubereitet wird. Die Unterrichtseinheiten finden an einem Tag statt und dauern jeweils 45 Minuten. Sie werden von ausgebildeten Ernährungsfachkräften durchgeführt. Die Lernziele orientieren sich inhaltlich an den Lehrplänen für die Grundschule

8.3.2 Integrationsprogramm für Kinder und Jugendliche aus Minderheitsgruppen

SKK (Sprache Kommunikation Kultur) Deutsch-Schule für fremdsprachige Kinder und Jugendliche.

Die Deutsch-Schule wurde im August 2004 in Zürich gegründet. Das System der *SKK* beruht auf der Vermittlung von Sprache und Kultur. Es basiert auf dem bewährten 10-jährigen Vorbild des Basler „Mutterhauses“.

Das Ziel des Integrationsprogramms für fremdsprachige Kinder und Jugendliche ist deren schnelle Eingliederung in das schweizerische Schulsystem und in den Alltag. Bei der Umsetzung wird die Sprache als Schlüssel verstanden.

Es wird als eine der primären und wohl bedeutendsten Aufgaben für junge Immigrantinnen

und Immigranten angesehen, dass durch die schnelle Aneignung der deutschen Sprache eine gute schriftliche und mündliche Kompetenz geschaffen wird. Alle Maßnahmen sollen die Nachhaltigkeit des Programms gewährleisten. Die erworbenen Sprachkompetenzen eröffnen zwar viele Möglichkeiten, doch scheinen sie allein nicht die Voraussetzungen zu erfüllen, die nötig sind, um sich in die Gesellschaft zu integrieren. Es ist daher wichtig, die Kinder und Jugendlichen während ihrer *SKK*-Ausbildung.

mit folgenden flankierenden Maßnahmen zusätzlich zu unterstützen:

o Kultur: Die Kultur wird den Kindern sowohl im Unterricht als auch auf Ausflügen und regionalen Festen nahgebracht.

o Wertvorstellungen: Sozialkompetenz heißt in erster Linie, den anderen zu verstehen und zu respektieren. Neue Freundschaften und Beziehungen sollen entwickelt werden.

o Grenzen: Wenn Gruppen in einem Klassenverband zusammen lernen, braucht es klare Regeln. Rechte und Pflichten sollen fester Bestandteil des Unterrichts sein.

o Wohlbefinden: Durch respektvollen Umgang mit einander soll eine angenehme Atmosphäre im Klassenzimmer geschaffen werden.

(vgl. http://www.skkonline.ch/www/dat/pdf_de/SKK_Integrations-Broschuere.pdf)

8.3.3 Interventionsprogramme für Familien

Setting-Ansätze in der Gesundheitsförderung beziehen die Eltern in Gesundheitsprogramme immer mit ein. Es gibt spezifische Elternkurse, Trainingsprogramme für Eltern, Elternschulen und Familienbildungsstätten.

Elterntraining

Eine mögliche Interventionsmaßnahme ist das „Elterntraining“, beispielsweise nach dem Prinzip der Familienkonferenz von Gordon (1972) oder dem präventiven Elterntraining (PET) nach Müller (1980).

1. *Familienkonferenz nach Gordon*:

In dem Programm geht es darum, dass ein entspanntes, offenes Verhältnis zwischen Eltern und ihren Kindern entsteht, das sich auf gegenseitige Achtung und liebevolles Verständnis füreinander aufbaut.

Die Schwerpunkte sind:

. Eltern sind Menschen, keine Götter

. Aktiv zuhören lernen

. Wie mache ich es, dass mein Kind auf mich hört

. Elterliche Macht: notwendig und gerechtfertigt?

Thomas Gordon deckt die Ursachen für die starren und verkrampften Verhaltensweisen vieler Eltern auf und bietet praktische Ratschläge, wie dieses Verhalten zu überwinden und wodurch es zu ersetzen ist (Gordon 1972, S.11).

2.Präventives Elterntraining (PET) nach Müller

Präventives Elterntraining (PET) ist eine Methode familienbezogener Elternbildung, um die Erziehungsfähigkeit zu stärken und zur Weiterentwicklung der Partnerschaft beizutragen.

Beim Elterntraining geht es um die Erkenntnis, dass der größte Teil aller menschlichen Verhaltens- und Kommunikationsweisen nach bestimmten Gesetzmäßigkeiten durch Lernprozesse erworben wird. Dies gilt auch für Verhalten, das im Allgemeinen als „unangepasst“ oder „unerwünscht“ bewertet wird.

Diese Erkenntnisse werden im ersten Teil des PET im Verhaltenstraining eingesetzt. Eltern werden lernpsychologische Prinzipien und Anwendungsmöglichkeiten beigebracht, damit die Erziehungsstörung rechtzeitig erkannt und vermieden werden kann und Vorbeugungsstrategien entwickelt werden können.

Der zweite Teil des PET ist das Kommunikations- und Partnerschaftstraining. Die Eltern sollen in diesem Teil lernen, ihre Selbst- und Fremdwahrnehmung zu sensibilisieren, und es sollen die Defizite im verbalen und emotionalen Bereich aufgedeckt und gefördert werden (Müller 1980, S.45). Müller hat in seiner Ausführung nicht erwähnt, dass sich *Präventives Elterntraining (PET)* sich an die Eltern der verhaltensauffälliger Kinder richtet.

3. *„Ohne Eltern geht es nicht“ von Krause*

Der Elternkurs *„Ohne Eltern geht es nicht“* ist ebenso, wie das Programm „Ich bin ich“ von Krause, ein Gesundheitsförderungsprogramm. Der ursprüngliche Sinn dieses Programms besteht darin, dass die Eltern sich aktiv an der Gesundheitsförderung ihrer Kindern aktiv beteiligen sollen, da die Familie zu einer der wichtigsten Erziehungsinstitutionen gehört.

Das Programm besteht aus acht Sitzungen Modulen. In den Sitzungen werden die Eltern durch die KursleiterInnen und Leiterinnen mit den Themen „Selbstwertstärkung“, „Kommunikation in der Familie“ , sowie „Umgang mit Stress“ bekanntgemacht. So können die Eltern herausfinden, wie sie Fehler im Umgang mit ihren Kindern vermeiden können und welche Handlungsstrategien sie einsetzen können, damit ihre Kinder zu physisch und psychisch gesunden Menschen heranwachsen (Krause 2008).

Zusammenfassung:

In den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit haben sich drei wichtige Bereiche herauskristalisiert, in denen chinesische Kinder und Jugendliche Hilfe benötigen:

1. Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen
2. Konflikte zwischen Eltern und ihren Kindern
3. Minderwertigkeitsgefühle der Jugendlichen aus Minderheitsgruppen

Die Suche nach Präventionsprogrammen war in China nur in dem Bereich *Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen* erfolgreich. Es wurden jedoch einige Angebote aus anderen Ländern vorgestellt. Es wäre zu prüfen, inwieweit solche Ansätze auch für China sinnvoll sein könnten.

9. Diskussion

9. 1 Vergleich der Volksgruppen

In dieser Untersuchung haben die Uiguren ein signifikant stärkeres Minderwertigkeitsgefühl als die Han-Chinesen in Urumqi, wahrscheinlich wegen der dominanten Kultur der Han-Chinesen in diesem Gebiet. Die Uiguren sind in dieser Stadt eine Subkulturgruppe geworden, vergleichbar mit den Einheimischen in Taiwan, die ebenfalls ein starkes Minderwertigkeitsgefühl aufgrund der dominanten Kultur der Han-Taiwanesen entwickelt haben (Hsu 2005).

Im Jahr 2002 führte die uigurische Wissenschaftlerin Kadeer eine Untersuchung mit 397 chinesischen Han- und 418 uigurischen Studentinnen durch. In dieser Untersuchung verwendete sie den SCL-90 Fragebogen. Die Untersuchung ergab, dass die durchschnittlichen Mittelwerte (bei den Faktoren *Körperlichkeit, Zwang, zwischenmenschliche Beziehungen, Depressionen, Angst, Feindlichkeit, Psychiatrie*) der Uiguren (1.84±0.48) signifikant höher sind als bei den Han-Chinesen (Kadeer et al. 2003). Das kann u.a. daran liegen, dass sich die Student/innen seit einigen Jahren selbst Arbeit suchen müssen, obwohl es bereits Förderprogramme für ethnische Minderheiten gibt. Aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse ergeben sich jedoch Schwierigkeiten bei der Arbeitssuche.

Kulczycki und Lobo (2002) haben durch ihre Studie in den USA herausgefunden, dass Eheschließungen ein wichtiger Indikator für Integration sind. Die arabischen Frauen in den USA heiraten meistens innerhalb des eigenen Kulturkreises, während Chinesen auch mit Amerikanern eine Ehe schließen (Kulczycki & Lobo 2002). Es scheint so, als habe die Religion einen großen Einfluß auf Eheschließungen.

Uiguren sind Muslime, bei Eheschließungen sind sie mehr auf Abgrenzung als auf Integration bedacht. Cai et al. (2005) kamen durch ihre Studie mit 195 Han-Chinesen, 189 Mongolen (eine Volksgruppe in China) und 198 uigurischen Studentinnen in China zu dem Ergebnis, dass 19% der Uiguren mit Missfallen auf eine Eheschließung zwischen unterschiedlichen Volksgruppen blicken, gegenüber 3% bei den Han-Chinesen und 3% bei den Mongolen. Bis zu 24% der Uiguren haben angegeben, sie sind vollkommen gegen eine Eheschließung zwischen unterschiedlichen Volksgruppen, im Vergleich zu 1% bei der Han-Nationalität und 7% bei den Mongolen.

Die Minderwertigkeitsgefühle stehen auch in enger Beziehung zu der patriarchalischen Struktur in den Familien. Die arabische Kultur ist traditionell patriarchalisch und die Rollen von Männern und Frauen sind deutlich differenziert (Kulczycki & Lobo 2002). Arabische Frauen, besonders wenn sie muslimischen Glaubens sind, werden durch die Gesellschaft stark

kontrolliert, speziell bei der Suche nach einem passenden Ehepartner (Kulczycki & Lobo 2002). Eine Studie über 5000 Uiguren in 13 Kommunen und Städten in der Provinz Xinjiang ergab, dass 10,68% der Ehen durch die Eltern entschieden wurden (Niejimu 2002). Seit Ende des 10. Jahrhunderts verbreitete sich die islamische Kultur in der Region Xinjiang, wo die Uiguren leben. Die islamische Kultur beeinflusste nachhaltig sämtliche Aspekte der uigurischen Kultur: Lebensstil, Literatur, Philosophie, Geschichte, Sprache, Kunst und Architektur (Rewaidula & Rewaidula 2002). Es fehlt genauere Literatur über die Beziehung zwischen der arabischen und der uigurischen Kultur.

In der vorliegenden Studie zeigen die uigurischen Mädchen signifikant höhere Werte als die anderen beiden Gruppen bei dem Punkt *Perfektionismus.* Die uigurischen Jungen zeigen einen signifikant stärkeren Drang nach *Perfektionismus* als die Han-Jungen in Urumqi.

Mit Hilfe des EDI (Eating Disorder Inventory) wird auch der unterschiedliche Grad des Drangs nach *Perfektionismus* zwischen unterschiedlichen Volksgruppen erfasst. Striegel-Moore et al. (2000) berichten über ein Ergebnis aus einer größeren Studie mit 2379 Schülerinnen (11 bis 14 Jahre). Die afro-amerikanischen Mädchen bewerteten ihren Drang nach *Perfektionismus* signifikant höher als ihre kaukasischen Gleichaltrigen. Wassenaar et al. (2000) führten eine Vergleichsstudie zwischen afrikanischen, kaukasischen und asiatischen Studenten/innen in Süd-Afrika durch und fanden heraus, dass die afrikanischen Probanden den höchsten Wert beim Faktor *Perfektionismus* im EDI angegeben haben. Das bedeutet, dass ethnische Minderheiten laut Studien in den USA und Süd-Afrika in einem höheren Maße Wert auf Perfektionismus zu legen scheinen.

Castro & Rice (2003) haben angegeben, dass die asiatisch-amerikanischen College-Studenten/innen signifikant höhere Werte bei 3 von 6 Punkten im Perfektionismus-Fragebogen haben als die afrikanisch- und die kaukasisch-amerikanischen Studentinnen.

Alle asiatischen und afrikanischen Studenten/innen bewerteten die Erwartungen ihrer Eltern an sie als sehr viel höher, als es bei den kaukasischen Studenten/innen der Fall ist. Nilsson et al. (1999) haben durch ihre Vergleichsstudie mit afro-amerikanischen und kaukasisch-amerikanischen College-Studenten/innen belegt, dass im Vergleich zu den kaukasischen College-Studenten/innen bei dem Punkt „*Erwartungen der Eltern*“ und *„an anderen orientierter Perfektionismus“* die afro-amerikanischen Studenten/innen signifikant höhere Werte zeigen. Bei den Merkmalen *„Konzentration auf Fehler“* und „*Kritik der Eltern*“ zeigen die kaukasischen Studenten/innen signifikant höhere Werte. Der Perfektionismus-Grad der Studenten/innen aus Minderheiten bezog sich auf die höheren Erwartungen der Eltern. Das könnte erklären, warum in der vorliegenden Studie bei der Frage „*Bei uns ist oft die Rede*

davon, wie gut wir in der Schule, im Studium oder Beruf abschneiden“, die Werte bei den uigurischen Jungen signifikant höher sind als die von den anderen zwei Gruppen. Die Werte der uigurischen Mädchen sind ebenfalls höher als die der anderen beiden Gruppen, aber nicht signifikant. Das bedeutet, dass die uigurischen Familien großen Wert auf die Leistung der Kinder legen.

Hines und Boyd-Franklin haben die Interaktion zwischen der Karriere der Eltern und den Erwartungen der Eltern gegenüber ihren Kindern so erklärt: „Who often enter the middle class without financial assets and struggle to retain a tenuous hold on their status, are likely to demand high achievement from their children” (Hines & Boyd-Franklin 1996, S. 76).

Wenn sich neue Immigranten verloren fühlen, können sie sich zwischen zwei Verhaltensweisen entscheiden. Sie können sich passiv verhalten und sich wenig um die Kinder kümmern. In der vorliegenden Arbeit legen die Familien der Jungengruppe (EAT≥20) signifikant weniger Wert auf Schulleistungen als die anderen Gruppen. Oder sie verhalten sich aktiv und setzen gleichzeitig all ihre Hoffnung in die Kinder. Eine Untersuchung zum Zusammenhang zwischen dem Gefühl der Verlorenheit der Eltern und dem Drang nach Perfektionismus ihres Kindes steht noch aus.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass die uigurischen Familien einen größeren Wert auf die Leistungen ihrer Jungen als auf die ihrer Mädchen zu legen scheinen. Dies kann auf die unterschiedlichen Erwartungen bezüglich ihrer Kinder zurückgeführt werden. Maimaiti und Najjimiding (2003) geben an, dass wenn uigurische Familien einen Jungen und ein Mädchen haben, viele Familien den Jungen zu einer Han-Schule schicken, damit sich die Jungen später in einer Han-dominierten Gesellschaft besser anpassen können. An diesen Schulen gibt es vor allem Han-Schüler und es werden mehr Fächer auf Mandarin unterrichtet. Die Mädchen werden zu einer Volksschule für Minderheiten geschickt, auf der ausschließlich Schüler/innen aus Minderheitengruppen aufgenommen werden.

Die Angst vor dem Erwachsenwerden und das Misstrauen gegenüber anderen sind bei den Uiguren stärker als bei den Han-Chinesen in Nanjing ausgeprägt**.** Da hierzu weitere Informationen fehlen, fällt eine Erklärung schwer.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen, dass die Uiguren signifikant mehr Sorgen bezüglich des Körpergewichts haben als die Han-Chinesen in Nanjing, obwohl Nanjing ist moderner als Urumqi. Die Urbanisation ist in Ost-China weiter fortgeschritten als in West-China und hängt mit der wirtschaftlichen Entwicklung zusammen (Hong et al. 2002). Wie bereits in Abschnitt 4.1 beschrieben, liegt Nanjing in Ost-China und Urumqi in West-China.

Die größere Gefahr hinsichtlich der Entwicklung von Essstörungen bei den Uiguren hat

sicherlich mit dem Integrationsproblem zu tun.

In der westlichen Gesellschaft wird Übergewicht als unattraktiv (Larkin & Pines 1979), und Untergewicht als attraktiv bewertet (Dion, Berscheid & Walster 1972). Diese Stereotypen haben einen entscheidenden Einfluss auf die Frauen in den USA und machen sie anfällig für Essstörungen (Monteath & McCabe 1997). Solche Gedanken haben sicherlich auch die durch die Medien stark beeinflussten Immigranten in der US-amerikanischen Gesellschaft (Perez et al. 2002). Nasser (1994) hat belegt, dass die traditionelle ägyptische Gesellschaft nicht Schlankheit, sondern eine eher kräftige Figur bei Frauen bevorzugt. Dieses traditionelle Ideal hat lange Zeit die ägyptischen Frauen vor Essstörungen geschützt. Die leichte Hinwendung zur westlichen Identität änderte diese Situation. Die uigurische Kultur gehört wie die ägyptische zur islamischen Kultur. Nassers Erkenntnis über die Veränderung in der ägyptischen Gesellschaft lassen sich auch auf die uigurischen Mädchen übertragen.

Ein weiterer Grund für die größere Gefahr im Hinblick auf die Entstehung von Essstörungen der Uiguren-Jugendlichen liegt in der höheren Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei den erwachsenen Uiguren. Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei den Uiguren ist signifikant höher als bei den Han-Chinesen in anderen chinesischen Städten. Eine Studie („National Health Interview Survey“ 1997) in den USA über die Prävalenz von Übergewicht bei Erwachsen hat gezeigt, dass die eingewanderten Latino-Frauen mehr Übergewicht (56,8%) als die kaukasischen Frauen (43%) haben. Eine andere Studie („National Health and Nutrition Examination Survey“ 1999-2000) hat ergeben, dass die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Latino-Frauen, besonders bei mexikanischen Frauen (32.6%, 33.6%), höher als bei kaukasischen Frauen (24,8%, 23,2%) ist.

Gordon-Larsen et al. (2003) haben eine Studie über die Integration von Latino-Immigranten in den USA sowie über die Korrelation zwischen deren Übergewicht und deren Verhalten durchgeführt. Die Studie basierte auf der „National Longitudinal Study of Adolescent Health“ in den USA. Sie fanden heraus, dass im Ausland geborene Immigranten (erste Generation) mit niedriger Ausbildung und entsprechend geringem Einkommen gern in von Immigranten dichter bewohnten Gebieten leben und eine stärkere linguistische Isolation gegenüber den in den USA geborenen Immigranten (zweite Generation) zeigen. Wenn man die Integrationsfaktoren betrachtet, gibt es bei den im Ausland geborenen Immigranten in zunehmendem Maße Fälle von Übergewicht, jedoch ohne großen feststellbaren Einfluss auf die in den USA geborenen Immigranten. Aber die in den USA geborenen Immigranten (zweite Generation) zeigen ein stärkeres Diätverhalten als die im Ausland geborenen Immigranten (erste Generation). Eine Studie über mögliche Veränderungen zwischen der

ersten und zweiten Generation von Immigranten (Türken, Russen etc.) in Deutschland konnte nicht gefunden werden.

Übergewichtige Kinder haben häufig übergewichtige Eltern (Garn & Clark 1976). Die übergewichtigen Eltern sind auf die psychologischen Probleme aufmerksam geworden (Black, Goldstein & Mason 1992; Goldsmith et al. 1992). Epstein et al (1994) haben festgestellt, dass das Übergewicht der Eltern und die psychischen Probleme der Kinder stärker mit den Interventionsmaßnamen gegen das Übergewicht der Kinder korrelierten als das Geschlecht, das Alter oder der BMI der Kinder.

Ein dritter möglicher Grund der größeren Gefahr für die Entwicklung von Essstörungen bei Uiguren-Jugendlichen könnte sein, dass sich die uigurischen Mädchen und Jungen sich in großen Familienkonflikten befinden. Die Patientinnen mit Bulimie bewerten ihre Familien häufig als konfliktreich (Reich 1992). Ihre Familien zeichnen sich durch einen impulsiven Stil aus. Reich (2001) bezeichnet die bulimische Symptomatik, das anfallhafte Essen und Erbrechen, durchaus als impulsiv. Studien in den USA haben die Gewalt innerhalb muslimischer Familien beschrieben. Eine Studie mit 63 muslimischen Gemeinschaftsmitgliedern hat ergeben, dass 10% der Teilnehmerinnen Erfahrungen mit physischer Misshandlung gemacht haben (Sharifa 1998). Eine andere Studie mit 500 arabischen Frauen (98% sind Muslime) kam zu dem Ergebnis, dass 18 bis 20% der Frauen Erfahrungen mit Missbrauch durch ihre Ehemänner gemacht haben (Kulwicki & Miller 1999). Viele muslimische Frauen gaben an, dass Gewalttätigkeiten in ihrer Familie begannen, nachdem sie in die USA gekommen waren. Sie bemerkten Veränderungen an ihren Ehemännern, die auf den stärkeren Integrationsstress, sowie den verlorenen sozialen Status mit aggressivem Verhalten reagierten (Elkadi Abugideiri 2005).

9.2 Vergleich zwischen Gruppen mit unterschiedlichen EAT Werten

Die Mädchengruppe EAT≥20 bewertete ihre Familie mit einem signifikant höheren Konfliktpotenzial behaftet und ihre Eltern als signifikant impulsiver als die anderen Gruppen. Die Jungengruppe EAT≥20 empfand ihre Eltern ebenfalls als impulsiver als andere Gruppen. Laut Okon et al. (2002) bewerten Patientinnen mit Bulimie ihr Familienklima als hoch konflikthaltig bewerteten. Bei den Aspekten „*Leistung*“ und „*Ernährung*“ erhielten die Eltern der EAT≥20-Gruppen signifikant niedrigere Werte als die von anderen Gruppen. Die bulimischen Patienten haben das Gefühl, weniger Aufmerksamkeit von ihren Eltern zu bekommen. Sie empfinden ihre Familien als weniger zusammenhaltend, so Shisslak et al.

(1990) und Strober & Humphrey (1987).

In der vorliegenden Studie bewertet sich die Mädchengruppe EAT≥20 mit einem signifikant höheren Minderwertigkeitsgefühl als die anderen Gruppen. Ghaderi & Scott (2001) haben auch herausgefunden, dass das Minderwertigkeitsgefühl mit dem Risiko der Entwicklung einer Essstörung korreliert. Die Mädchen- und Jungengruppen EAT≥20 bewerteten ihr Unsicherheitsgefühl als signifikant höher. Eine weitere Studie ergab, dass das Unsicherheitsgefühl mit den Essstörungen korreliert (Fassino et al. 2004). Bruch beschreibt diesen Sachverhalt als „Fehlende Deutungen innerer und äußerer Reize, wobei Ungenauigkeiten in der Art des Hungererlebens das hervorstechendste Symptom bilden" (Bruch 1980).

Das Ausbildungsniveau der Eltern der Mädchen- und Jungengruppen EAT≥20 ist niedriger auf dem Gebiet Bachelor/Master als das der anderen Gruppen. Das Ergebnis wird unterstützt durch die Studie von Buddeberg-Fischer et al. (1996), in der eine negative Beziehung zwischen SES (sozial-ökonomischem Status) und dem EAT-Wert gefunden wurde**.** Buddeberg-Fischer et al. (1996) und Sutandar-Pinnock et al. (2002) konnten feststellen, dass die meisten Übergewichtigen aus den sozial schwachen Schichten stammen. In der vorliegenden Studie zeigt der BMI keinen Unterschied zwischen Gruppen mit unterschiedlichem Ausbildungsniveau der Eltern. Das heißt, das Ausbildungsniveau der Eltern hat keinen Einfluss auf das Gewicht. Die vorliegende Studie hat auch gezeigt, dass eine positive Korrelation zwischen „Harmonie" und Ausbildungsniveau, sowie eine negative Korrelation zwischen der „Konfliktintensität" und dem Ausbildungsniveau der Eltern besteht. Das bedeutet, dass chinesische Jugendliche, die ein höheres Risiko im Bezug auf die Entwicklung von Essstörungen haben, vor allem aus sozialschwachen Schichten kommen. Sie zeigen kein signifikant höheres Übergewicht im Vergleich zu den Kontrollgruppen, aber eine höhere Gefahr hinsichtlich der Entstehung von Essstörungen. Diese Jugendlichen benennen häufiger Familienkonflikte. Das heißt, es besteht ein Zusammenhang zwischen Konflikten in den Familien und Essstörungen bei den Kindern aus solchen Familien.

Bei den gewichtsregulierenden Maßnahmen wurden größere Unterschiede zwischen den EAT-Jungengruppen als zwischen den EAT-Mädchengruppen ermittelt, besonders in den Kategorien:„*Verwendungen von Diät-Pillen*", "*ob man Diät machen will*" und „*Dauer der Diät* ". Es könnte sein, dass der Wunsch, schlank zu sein, populärer bei Mädchen als bei Jungen ist. Die vorliegende Studie ergibt, dass für 62,4% der Mädchen eine schlanke Figur wichtig oder sehr wichtig ist, bei den Jungen sind es nur 33,7%.

Trotz ihres Normal- oder Untergewichts wurde eine Gruppe von Mädchen (9,9%) und

Jungen (2%) mit einem höheren Risiko bezüglich der Entwicklung von Essstörungen gefunden. 76 Mädchen (10,2 %) und drei Jungen (0,8%) verwenden trotz ihres Normal- oder Untergewichts Diät-Pillen, und sie meinen, dass eine schlanke Figur wichtig oder sehr wichtig für sie sei. Tong et al. (2005) führten eine Anamnesestudie mit fünf männlichen essgestörten Patienten durch. Darunter waren zwei restriktive Anorexie-Patienten, zwei „purging"-type Anorexie-Patienten und ein Bulimie-Patient. Die Patienten stammten aus Wuhan, einer mittelgroßen chinesischen Stadt. Sie wurden zwischen 1998 und 2000 behandelt.

Das heißt, dass nicht nur Mädchen, sondern auch Jungen im modernen China von Essstörungen bedroht sind.

9.3 Vergleich zwischen Gruppen mit unterschiedlichen BMI-Werten

Ziel der vorliegenden Studie war es auch, den Unterschied zwischen übergewichtigen Kindern und Jugendlichen und den anderen BMI-Gruppen bezüglich der Situation in der Herkunftsfamilie, der Gewichtssorgen und des Diätverhaltens zu untersuchen.

Es zeigen sich erwartungsgemäß keine Unterschiede zwischen übergewichtigen Gruppen und den anderen Gruppen im Fragebogen „*Klima der Herkunftsfamilie*". Diese Ergebnisse stimmen allerdings nicht mit Befunden aus anderen Studien, z. B. von Favaro und Santonastaso (1995), Zeller et al.(2004) und Turner et al. (2005) überein. Sie fanden heraus, dass der Grad des Übergewichts der Kinder mit den psychologischen Symptomen der Eltern korreliert hat (Favaro & Santonastaso 1995), oder die Überbehütung durch Väter ein Risikofaktor für die Entstehung von Übergewicht bei Kindern ist (Zeller et al. 2004). Mehrere Faktoren könnten eine Begründung für dieses Phänomen liefern. Zunächst reicht die Validität des Familienklima-Fragebogens nicht aus, er misst vor allem die Konflikte bzw. die Harmonie in der Familie oder den Erziehungsstil der Eltern. Andere essstörungsspezifische Faktoren, wie z.B. Sorge und Überbehütung durch die Eltern werden in dem Fragebogen nicht untersucht. Außerdem werden mit dem Fragebogen nur subjektive Meinungen der Probanden erfasst, was beispielsweise an dem Item „*Meine Familie achtet darauf, dass sich jeder von uns ordentlich ernährt*", zu ersehen ist. Weitere Studien sollten konkrete Fragen stellen, z. B. Fragen zur genauen Menge der aufgenommenen Nahrung. Schließlich wurden alle oben genannten Studien in der „westlichen" Welt durchgeführt, es fehlen vergleichbare Studien in China.

Die Unterschiede zwischen übergewichtigen Gruppen und anderen Gruppen betreffen allerdings das ausgeprägte Diätverhalten und die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper. Es

gab keinen signifikanten Unterschied zwischen den übergewichtigen Gruppen und den anderen Gruppen im Bezug auf ihr Minderwertigkeitsgefühl. Es ist anzunehmen, dass die Minderwertigkeitsgefühle bei den chinesischen Schülern/innen durch verschiedene Faktoren bedingt werden, wie z. B. ihre Schulleistung, die Unterstützung innerhalb der Familie, Peer-Isolation oder Hänseleien durch Gleichaltrige. Obwohl in dieser Studie gezeigt wird, dass der BMI ein Prädiktor für Hänseleien von gleichaltrigen Mädchen ist, zeigt die Studie auch, dass die Eltern von übergewichtigen Mädchen eine bessere Ausbildung haben als die Eltern der nicht Übergewichtigen. Das konnte wahrscheinlich den negativen Einfluss von Übergewicht zum Teil ausgleichen. Um Kenntis über die möglichen psychologischen Folgen bei Übergewichtigen zu erlangen, bedarf es weiterer mehrdimensionaler Untersuchungen mit einer größeren Zahl von Probanden.

Im Einklang mit der diesbezüglich formulierten Hypothese konnte der BMI von weiblichen Probanden als Prädiktor für Hänseleien durch Gleichaltrige festgestellt werden. Das Ergebnis der vorliegenden Studie wird von dem Ergebnis einer Untersuchung von Braet et al. (1997) unterstützt. Demnach erhalten übergewichtige Kinder vermehrt negative Reaktionen von Gleichaltrigen erhielten.

Mit der Studie von Berger et al. (2005) wurde gezeigt, dass der BMI ein direkter Prädiktor für Diätverhalten bei Mädchen ist, bei den Jungen gab es diesen Effekt nicht. In der vorliegenden Studie ist der BMI von weiblichen Probanden ein Prädiktor für die *Anwendung von Diät-Pillen.* Bei den männlichen Probanden gibt es diesen Effekt nicht. Weitere Beziehungen zwischen BMI, Sport und Diäten sind nicht nachweisbar. Der Grund dafür ist, dass die Gruppe der stark Untergewichtigen mit BMI≤17.5 (besonders die weibliche Gruppe) eine starke Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper zeigt, sogar stärker als die Untergewichtsgruppe 17.5< BMI<19 und die normalgewichtige Gruppe 19≤ BMI ≤ 24. Das heisst, die Gruppen der stark Untergewichtigen und die Gruppen der Übergewichtigen zeigen eine starke Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper. Deshalb konnte keine lineare Regression im Vergleich zwischen dem BMI und dem Diätverhalten festgestellt werden.

Im Vergleich zu anderen BMI-Gruppen unterliegen die übergewichtigen Gruppen (besonders die weiblichen Probanden) weniger dem Einfluss der Eltern. Trotzdem sollten die Eltern darauf achten, dass sich ihre Kinder ausgewogen ernähren und im Alltag öfter bewusst bewegen (Berge et al. 2005).

Die Schule und die Gleichaltrigen können eine wichtige Rolle bei der Prävention von Übergewicht einnehmen.Wenn die Schüler/innen in der Lage sind, miteinander über die Themen „Übergewicht“, „gesunde Ernährung“ und „Figur“ zu diskutieren, besteht die

Möglichkeit, dass sie diese Themen als Teil ihrer eigenen Identität begreifen. Hierfür scheint die Schule als eine auf die Entwicklung der Heranwachsenden einflussnehmende Institution der richtige Ort zu sein (Berger et al. 2005).

Kritische Stellungnahme zur Untersuchung

Methoden: Das Fragebogenpaket, das in der vorliegenden Arbeit eingesetzt wurde, wurde vom Deutschen ins Chinesische übersetzt und in China angewandt. Die Validität der ursprünglich im Westen entwickelten Instrumente, die in Entwicklungsländern oder nichtswestlichen Ländern eingesetzt werden, ist nicht nachgewiesen. Bei den zweisprachigen (Kontonesisch und Englisch) Schüler/innen in Hong Kong könnten einige Items in dem englischen Fragebogen Eating Attitudes Test (EAT) Missverständnisse auslösen (Lee 1993). Zur Überprüfung der Validität der in China verwendeten Messinstrumente. z.B. die in der vorliegenden Studie verwendeten Fragebogen, fehlen weitere Untersuchungen. Darum können die Ergebnisse dieser Arbeit nicht generalisiert werden.

Der Cronbach's α des Fragebogens „Klima der Herkunftsfamilie" ist zu niedrig, es werden nur 0.44 bei Mädchen und 0.24 bei den Jungen erreicht. In der Zukunft sollte eine Pilotstudie durchgeführt werden, damit ein besserer Fragebogen entwickelt werden kann.

Probanden: Die Altersspanne der Probanden ist weit gefasst und sie bewegt sich zwischen 12 und 25 Jahren und verteilt sich von der Vor-Pubertät über die Pubertät bis hin zum Erwachsenenalter. Auf der einen Seite werden somit alle Altersgruppen berücksichtigt, auf der anderen Seite ist es fraglich, ob die Fragebögen für alle gleich gültig sein können.

Volksgruppen: Die uigurischen Probanden, die in ländlichen Gebieten leben, sollten ebenfalls befragt werden, um einen Eindruck von dem westlichen Einfluss auf ihre Identität und ihren Körper zu bekommen.

Die Probandenzahl der uigurischen Jungen ist klein, das erschwert die Generalisierung der Ergebnisse.

10. Zusammenfassung und Ausblick:

Zusammenfassung:

In der vorliegenden Arbeit sollten die Häufigkeit der subklinischen Essstörungen, die Anwendung gewichtsregulierender Maßnahmen und die Bedingungen für die Entwicklung von Essstörungen und Adipositas bei jungen Chinesen untersucht werden. Die Studie über Gewichtssorgen, Diätverhalten und andere essstörungsspezifische Einstellungen sowie das Klima in der Herkunftsfamilie wurde durchgeführt:

1. in unterschiedlichen Volksgruppen (Uiguren in Urumqi, Han in Urumqi, Han in Nanjing),
2. in Gruppen mit unterschiedlichen EAT Werten,
3. in Übergewichtsgruppen und Kontrollgruppen.

In einer epidemiologischen Querschnittsstudie wurde eine Zufallsstichprobe von 1199 weiblichen und männlichen Gymnasiasten und Studenten verschiedener Institutionen aus zwei chinesischen Städten mit Selbsteinschätzungs-Fragebogen untersucht.

Insgesamt 9,9% der Mädchen und 2% der Jungen zeigen trotz ihres normalen Gewichtes oder Untergewichtes ein hohes Risiko für die Entwicklung von Essstörungen. Bis zu 10,2% (N= 76) der Mädchen und 0,8% (N=3) der Jungen verwenden trotz ihres Normalgewichtes oder Untergewichtes Diätpillen und meinen, dass eine schlanke Figur wichtig oder sehr wichtig sei.

Das Ergebnis der vorliegenden Studie zeigt, dass ein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Diät und der Gefahr hinsichtlich der Entwicklung von Essstörungen besteht. Die uigurischen Mädchen zeigen signifikant höhere Werte als die anderen beiden Han Mädchen Gruppen (in Nanjing und Urumqi) bezüglich essstörungsspezifischer Einstellungen. Bei Jungen kann kein so deutlicher Unterschied festgestellt werden. Sowohl die Mädchen- als auch die Jungen-Gruppen mit höherem Gefärdungspotenzial im Hinblick auf die Entstehung von Essstörungen neigen zu stärkeren essstörungsspezifischen Einstellungen.

In der Arbeit wird die Familie als ein wichtiger Faktor bezüglich der Ausbildung von Essstörungen ermittelt.

Die uigurischen Jugendlichen bewerten ihre Familien konfliktreicher als die anderen Han Jugendlichen Gruppen (in Nanjing und Urumqi).

Die Gruppe mit höherer Gefahr bezüglich Essstörungen bewertet ihre Familien konfliktreicher als die anderen Gruppen mit gringerer Gefärdung hinsichtlich der Entwicklung auf Essstörungen.

Ein Zusammenhang wird zwischen dem Ausbildungsniveau der Eltern und der Gefahr für die Entstehung von Essstörungen bei den Kinder gefunden.

Außerdem stellt der BMI für weibliche Probanden einen Prädiktor für Hänseleien durch Gleichaltrige und für die Anwendung von Diätpillen dar.

Ausblick:

Die Ergebnisse der Studie machen deutlich, dass als Folge der rapiden gesellschaftlichen Veränderungen neue Risiken für die Entwicklung der Jugendlichen in China bestehen. Ein Risiko ist die Gefahr der Entwicklung von Essstörungen als Folge schnell veränderter Essgewohnheiten der Jugendlichen und der Übernahme westlicher Einstellungen bezüglich der eigenen Figur.

Es gibt viele Gesundheitsförderungsprogramme in den westlichen Ländern, die allerdings so nicht auf China übertragen werden können. Stattdessen muss ein eigenes Programm mit Rücksicht auf die Kultur, Tradition, und das Ausbildungsniveau der Menschen entwickelt werden.

Die Gesellschaft sollte die Verantwortung für die Vermeidung von Adipositas und Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen übernehmen. Sowohl Eltern als auch Lehrer und Experten sollten zusammenarbeiten, damit übergewichtige und essgestörte Kinder und Jugendliche in einer harmonischen und sie aktiv unterstützenden Atmosphäre nicht nur ihre Gewichtsprobleme, sondern auch andere Probleme bearbeiten und lösen können.

Ein anderes wichtiges Ergebnis der Studie ist, dass Familienkonflikte ein häufiger Grund für die Entwicklung von Essstörungen bei Jugendlichen sind Nach der Tradition der chinesischen Kultur wird die Harmonie in der Familie immer betont, während die rasante Entwicklung der Gesellschaft die Beziehung zwischen Eltern und ihren Kindern dynamisch verändert. In China sind Förderprogramme nicht üblich und Familientherapie gibt es kaum. Im Gegensatz dazu gibt es relativ viele Interventionsprogramme für Intervention bei Übergewicht von Kindern und Jugendlichen. Daraus lässt sich schließen, dass das Thema Familienkonflikt in China eher wenig beachtet wird. Ein sehr bekanntes chinesisches Sprichwort lautet: „Es ist auch schwer für einen tüchtigen Richter, Familienkonflikte klar zu beurteilen“. Das bedeutet, dass Familienkonflikte von den Chinesen als kompliziert angesehen werden, aber auch schwer erkennbar und für Außenstehende kaum zu beeinflussen. In der Begegnung mit Familienkonflikten weichen viele Chinesen aus. Ein wichtiger Schritt in der Familientherapie im Westen besteht darin, Familienangehörige mit dem Problem zu konfrontieren, Ideen auszutauschen und eine Lösung zu finden. Das ist derzeit für viele Chinesen kaum vorstellbar und müsste wahrscheinlich mit viel Müh und Zeit chinesischen Familien nahegebracht werden.

In der Beziehung zwischen unterschiedlichen Volksgruppen sollten Begegnungen

stattfinden, um die Möglichkeit zu haben, andere Kulturen kennen zu lernen. Es könnten in den Schulen Kurse eingeführt werden, in denen den Menschen die ihnen unbekannten Religionen und Lebensstile nahegebracht werden.

Literaturverzeichnis:

Allen, J.P., Aber, J.L., Leadbeater, B.J. (1990). Adolescent problem behaviors: The influence of attachment and autonomy. Psychiatry Clinic North Am. 13, 455-467.

American Psychiatric Association. (APA) (1980). Diagnostic and statistical Manual of mental disorders III. Psychiatric Press, Washington D. C.

American Psychiatric Association. (APA) (1994). Diagnostic and statistical Manual of mental disorders IV. Psychiatric Press, Washington D. C

Anderson-Fye, E.P., Becker, A.E. (2003). Cultural aspects of eating disorders across culture. In: Thompson, J.K. (eds.): The handbook of eating disorders and obesity. John Wiley & Sons, New York. 565-589.

Antonovsky, A. (1993). Gesundheitsförderung versus Krankheitsförderung. In: Franke, A., Broda, M. (Hrsg.): Psychosomatische Gesundheit. Dgvt, Tübingen. 3-14.

Antonovsky, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. In: Franke, A. (Hrsg): Deutsche erweiterte Herausgabe. Dgvt, Tübingen.

Appel, C.H. (1998). Eßstörungen. Projektstudie zur Qualifizierung und Optimierung ambulanter Behandlung und Nachsorge für eßgestörte Menschen mit und ohne Suchtkombination. Lambertus, Freiburg im Breisgau.

Aschenbrenner, K. (2002). Subklinische Essstörungen bei Schülern und Studenten. Unveröffentlichte Dissertation, Friedrich-Schiller-Universität Jena.

Aschenbrenner, K., Aschenbrenner, F., Kirchmann, H., Strauss, B. (2004). Störungen des Essverhaltens bei Gymnasiasten und Studenten. Psychother Psycho Med. 6, 259-263.

Bastiani, A.M., Rao, R., Weltzin, T., Kaye ,W.H. (1995). Perfectionism in anorexia nervosa. Int J Eat Disord. 17, 147-152.

Becker, A.E., Burwell, R.A., Gilman, S.E., Herzog, D.B., Hamburg, P. (2002). Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethic Fijian adolescent girls. Br J Psychiatry. 180, 509-514.

Becker, A.E., Keel, P., Anderson-Fye, E.P., Thomas, J.J. (2004). Genes and/or Jeans? Genetic and socio-cultural contributions to risk for eating disorders. J addict disease. 23, 81-103.

Beisel, S., Leibl, C. (1997). Stationäre Verhaltenstherapie bei Eßstörungen. In: Reich, G., Cierpka, M. (Hrsg): Psychotherapie der Eßstörungen. Thieme, Stuttgart, New York. 108-126.

Bengel, J., Strittmatter, R., Willmann, H. (2001). Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese- Diskussionsstand und Stellenwert. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.

Benninghoven, D., Liebbeck, H. (1997). Ambulante kognitive Verhaltensstherapie bei Eßstörungen. In: Reich, G., Cierpka, M. (Hrsg): Psychotherapie der Eßstörungen. Thieme, Stuttgart, New York. 89-107.

Berger, U., Schilke, C., Strauß, B. (2005). Weight concerns and dieting among 8 to 12- year-old children. Psychotherapie Psychosom Med Psycho. 55, 331-338.

Berry, J.W. (1998). Acculturative stress: A theory of relevance to Black American. Clinic Psycho Rev. 11, 685-702.

Birch, L.L. (1979). Pre-school children's preferences and consumption patterns. J Nutrition Edu. 11(4), 189-192.

Black, D.W., Goldstein, R.B, Mason, E.E. (1992). Prevalence of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinic patients. Am J Psychiatry. 149, 227-234.

Boothe, B. (1991). Grenzen psychotherapeutischer Wirksamkeit bei magersüchtigen Patientinnen. Psychosom Med Psychoanal. 37, 249-253.

Boskind-Lohdal, M. (1976). Cinderella's Step-sisters: a feminist perspective on anorexia nervosa and bulimia. J Women Cult Soc. 2, 342-355.

Boyadjieva, S., Steinhausen, H.C. (1996). The Eating Attitudes Test and the Eating Disorders Inventory in four Bulgarian clinical and nonclinial samples. Int J Eat Disord. 19, 93-98.

Braet, C., Mervielde, I., Vandereycken, W. (1997). Psychological aspects of childhood obesity: a controlled study in a clinical and nonclinical sample. J Pedia Psycho. 22, 59-71.

Braun, D.L., Sunday, R., Halimi, K. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. Psycho Med. 24, 859-867.

Brewerton, T.D., Lydiard, R.B., Ballenger, J.C., Herzog, D.B. (1993). Eating disorders and social phobia. Arch Gen Psychiatry. 50 (1),70.

Bruch, H. (1966). Anorexia nervosa and its differential diagnosis. J Nerv Ment Dis. 141, 555-566.

Bruch, H. (1978). The golden cage: the enigma of anorexia nervosa. Harvard University Press, Cambridge, MA.

Bruch, H. (1980). Der goldene Käfig. Das Rätsel der Magersucht. Fischer, Frankfurt.

Buddeberg-Fischer, B., Bernet, A., Sieber, M., Schmid, J., Buddeberg, C. (1996). Epidemiology of eating behaviour and weight distribution in 14-to 19-year-old Swiss students. Acta Psychiatr Scand. 93, 293-304.

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

Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Rorty, M. (1989). Childhood sexual abuse in women with bulimia. J Clinic Psychiatry. 50, 460-464.

BZgA-Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2001). Was erhält Menschen gesund ? Antonovskys Modell der Salutogenese-Diskussionsstand und Stellenwert. Köln.

Cai, H., Mayila, liu, M.L. (2005). Survey of identity about relationship between difference ethnic groups among Han, Mogoren and Uiguren female college students. J Xinjinag Normal Uni (Social Sciences). 26, 39-42.

Caldwell, M.B., Brownell, K.D., Wilfley, D.E. (1997). Relationship of weight, bodydissatisfaction and self-esteem in African American and white female dieters. Int J Eat Disord. 22, 127-130.

Calle, E.E., Thun, M.J., Petrelli, J.M., Rodriguez, C., Heath, C.N. (1999). Body-Mass Index and mortality in a prospective cohort of US. Adults. New Engl J Med. 341,1097-1105.

Caplan, G. (1964). Principles of preventive psychiatry. New York.

Casper, R.C., Lyubomirsky, S. (1997). Individual psychopathology relative to reports of unwanted sexual experiences as predictor of a bulimic eating pattern. Int J Eat Disord. 28,125-129.

Castro, J., Rice, K. (2003). Perfectionism and ethnicity: implications for depressive symptoms and self-reported academic achievement. Cultur Diver Eth Minor Psych. 9, 64-78.

Chamorro, R., Flores-Oritz, Y. (2000). Acculturation and disordered patterns among Mexican American women. Int J Eat Disord. 28, 125-129.

Chen, C.C., Wan, L., Mou, X.M. (2005). Epidemiological survey of overweight and obesity in Uigur adults over 35 years in Kashi. Chin J Epidemio. 26 (2), 119.

Chen, Y.L., Yang, X.J., Chen, J., Yu, H., Lin, L.Q., Xiu, X.Y. (2007). Impact evaluation on obesity intervention among students in Xiamen. Chin J School Heal. 28 (7), 598-600.

Chen, Z.F., Mitchell, J.E., Li, K., Yu, W.M., Lan, Y.D., Jun, Z.J., Rong, Y., Huan, Z.Z., Filice, G.A., Pomeroy, C., Pyle, R.L. (1992). The prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa among freshman medical college students in China. Int J Eat Disord. 12 (2), 209-214.

Cierpka, M., Reich, G. (2001). Die familientherapeutische Behandlung von Anorexie und bulimie. In: Reich, G., Cierpka, M. (Hrsg): Psychotherapie der Essstörungen. Thieme, Stuttgart. 127-150.

Collins, W.A., Russell, G. (1991). Mother-child and father-child relationship in middle childhood and adolescence: A developmental analysis. Developmental Review. 11, 99-136.

Crisp, A.H (1977). The prevalence of anorexia nervosa and some of its associations in the general population. Adv Psychosom Med. 9, 38-47.

Currin, L., Schmidt, U., Treasure, J., Jick, H. (2005). Time trends in eating disorder incidence. Br J Psychiatry. 186, 132-135.

Cusumano, D.L., Thompson, J.K. (1997). Body image and body shape ideals in magazines: Exposure, awareness and internalization. Sex Role. 37, 701-721.

Diebel-Braune, E. (1991). Einige kritische Überlegungen zum Stand der psychoanalytischen Bulimie-Diskussion. Psychosom Med. 37, 292-304.

Dion, K., Berscheid, E., Walster, E. (1972). What is beautiful is good. J Person Soc Psycho. 24, 285-290.

Drewnowski, A., Kurth, C.L., Krahn, D.D. (1994). Body weight and dieting in adolescence: Impact of socioeconomic status. Int J Eat Disord. 16, 61-67.

Eagles, J.M., McLeod, I.H., Mercer, G. (2000). Seasonality of eating pathology on the eating attitudes test in a nonclinical population. Int J Eat Disord. 27, 335-340.

Elkadi Abugideiri, S. (2005). A Perspective on Domestic Violence in the Muslim Community. Working Together. Fall issue.1-5.

Ellrott, T., Pudel, V. (1998). Adipositastherapie. Thieme, Stuttgart.

Engel, K. (1991). Die familiären Interaktionen von Anorexiepatientinnen. System Familie. 4, 149-157.

Engel, K., Meyer, A.E. (1991). Therapie schwer erkrankter Anorexie-Patienten (Zusammenfassender Bericht über ein Forschungsprojekt). Psychosom Med Psychoanal. 37, 220-248.

Epstein, L.H., Klein, K.R., Wisniewski, L. (1994). Child and parent factors that influence psychological problems in obese children. Int J Eat Disord.15, 151-157.

Everill, J.T, Waller, G. (1995). Reported sexual abuse and eating psychopathology: a review of the evidence for a causal link. Int J Eat Disord. 18, 1-11.

Everill, J.T., Waller, G., Macdonald, W. (1995). Dissociation in bulimic and non-eating disordered women. Int J Eat Disord.17, 127-134.

Fairburn, C.G.,Welch, S.L., Doll, H.A., Davies, B.A., O`Connor, M.E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa. A community-based case-control study. Arch Gen Psychiatry. 54, 509-517.

Fairburn, C.G., Welsh, S.L., Doll, H.A., Davies, B.A., O'Conner, M.E. (1998). Riskofactors for binge eating disorder. A community-based case-control study. Arch Gen Psychiatry. 55, 425-432.

Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H.A., Welch, S.L (1999). Risko factors for anorexia nervosa. Three integrated case-control comparisons. Arch Gen Psychiatry. 56, 468-476.

Fang, H., Xiao, Z.P. (1997). 31 Cases of Anorexia nervosa. Shanghai Med Psychiatry. 9, 234-238.

Fang, X.Y., Dong, Q. (1998). Parents-children conflict among first second class of junior middle school. Psychological science. 21, 122-125.

Fang, X.Y., Zhang, J.T., Liu, Z. (2003a). Parental -adolescent conflict. Psych Devolp Edu. 3, 46-52.

Fang, X.Y., Zhang, J.T., Sun, L., Liu, Z. (2003b). Parental -adolescent conflict and adolescents' social adjustment. Chin J Applied Psych. 9 (4), 14-21.

Fassino, S., Pieró, A., Gramaglia, C., Abbate-Daga, G. (2004). Clinical, psychopathological and personality correlates of Interoceptive Awareness in anorexia nervosa, bulimia nervosa and obesity. Psychopathology. 37, 168-174.

Favaro, A., Santonastaso, P. (1995). Effects of parents' psychological characteristics and eating behavior on childhood obesity and dietary compliance. J Psychosom Res. 39, 145-151.

Feiereis, H.(1989). Diagnostik und Therapie der Magersucht und Bulimie. Marseille, München.

Feiereis, H.(1996). Bulimia nervosa. In: Adler, R.H., Herrmann, J.M., Köhle, K., Schonecke, O.W. (Hrsg): Psychosomatische Medizin. 5. Aufl. Urban & Schwarzenberg, München.

Fichter, M.M, Weyerer, S., Sourdi, L., Sourdi, Z. (1983). The epidemiology of anorexia nervosa: comparison of Greek adolescents living in Germany and Greek adolescents living in Greece. In: Darby, P.L., Garfinkel, P.E., Garner, D.M., Coscina, D.V. (eds): Anorexia Nervosa: Recent Developments in Research. Alan R.Liss, New York. 95-105.

Fichter, M.M. (1985). Magersucht und Bulimie: Empirische Untersuchung zur Epidemiologie, Symptomatologie, Nosologie und zum Verlauf. Springer, Berlin.

Fichter, M.M., Noegel, R. (1990). Concordance for bulimia nervosa in twins. Inter J Eat Disord. 9, 255-263.

Field, A.E., Camargo, C.A., Taylor, C.B., Berkey, C.S., Frazier, A.L., Gillman, M.W., Colditz, G.A. (1999). Overweight, weight concerns and bulimic behahviors among girls and boys. J Am Acad Child Adole Psychiatry, 38, 754-760.

Field, A.E., Austin, S.B., Taylor, C.B., Malspeis, S., Rosner, B., Rockett, H.R., Millman, M.W., Colditz, G.A. (2003). Relation between dieting and weight change among preadolescents and adolescents, Pediatrics.112, 900-906.

Forster, G.D., Wadden, T.A. (1994). The psychology of obesity, weight loss and weight regain: research and clinical findings. In: Blackburn, G.L., Kanders, B.S. (eds): Obesity-Pathophysiology, psychology and treatment. Chapman & Hall, New York. 140-166.

Freud, A. (1959). Das Ich und die Abwehrmechanismen. Kindler, München.

Fuligni, A.J. (1993). Parent-child relationship among Asian-American and European-American children during the transition to adolescence. Paper presented at the Biennial meeting of the society for research in child development. New Orleans, LA, USA.

Fuligni, A.J. (1998). Authority, autonomy and parent-adolescent conflict and cohesion:a study of adolescents from Mexican, Chinese, Filipno and European backgrounds. Developmental Psychology. 34 (4), 782-792.

Garfinkel, P.E., Garner, D.M., Rose, J., Darby, P.L., Brandes, J.S., O`Hanlon, J., Walsh, N. (1983). A Comparision of characteristices in the families with anorexia nervosa and normal controls. Psycho Med. 13, 821-828.

Garn, S.M., Clark, D.C. (1976). Trends in fatness und the origins of obesity. Pediatrics, 57, 443-456.

Garner, D.M., Garfinkel, P.E. (1979). The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. Psycho Med. 9, 273-279.

Garner, D.M, Olmstead, M., Polivy, J. (1983). Development and validation of mulidimensional Eating Disorder Inventory for Anorexia nervosa and Bulimia. Int J Eat Disord. 2, 15-34.

Garner, D.M, Olmstedt, M.P. (1984). Manual for the Eating Disorder Inventory (EDI). Psychological Assessment Resources, Odessa.

Garner, D.M., Rochert, W, Olmsted, M.P., Johnson, C., Coscina, D.V. (1985) Psychoeducational principles in the treatment of bulimia and anorexia nervosa. In: Garner, D.M., Garfinkel, P.E. (eds): Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia. Guilford, New York. 513-572.

Garner, D.M., Rochert, W., Olmsted, M.P., Johnson, C., Coscina, D.V. (1991). Die Auswirkungen von Diät und Hungern auf das Verhalten. In: Jacobi, C., Paul, T.H. (Hrsg): Bulimia und Anorexia nervosa. Ursachen und Therapie. Springer, Berlin.

Gehring, T.M., Wentzel, K.P., Feldman, S.R., Wiersn, M. (1990). Conflict in families of adolescents: The impact of cohesion and power structures. J Family Psych. 3, 290-309.

Geller, J., Cockell, S.J, Holdner, E.M. (2000). Inhibited expression of negative emotions and interpersonal orientation in anorexia nervosa. Int J Eat Disord. 28, 8-19.

Ghaderi, A., Scott, B. (2001). Prevanlence, incidence and prospective risk factors for eating disorders. Acta Psychiatr Scand. 104, 122-130.

Gleaves, D.H., Lowe, MR., Snow, A.C., Green, B.A., Murphy-Eberenz, K.P. (2000). Continuity and discontinuity models of bulimia nervosa: a taxometric investigation. J Abnorm Psycho 109, 56-68.

Goldblatt, P.B., Moore, M.E., Stunkard, A.J. (1965). Social factors in obesity. JAMA.192, 97-102.

Goldsmith, S.J., Anger-Friedfeld, K., Beren, S., Rudolph, D., Boeck, M., Aronne, L. (1992). Psychiatric illness in patients presenting for obesity treatment. Int J Eat Disord. 12, 63-71.

Gong, Y. (2007). Prevention the obesity among children. Chin J Child Heal Care. 15 (4), 396-397.

Gordon, T. (1972). Familienkonferenz. Die Lösung von Konflikten zwischen Eltern und Kind. Heyne, München.

Gordon-Larsen, P., Harris, K.M., Ward, D.S., Popkin, B.M. (2003). Acculturation and overweight-related behaviors among Hispanic immigrants to the US: the National Longitudinal Study of Adolescent Health in the USA. Soc Sci Med. 57, 2023-2034.

Greenberg, D.R., Laporte, D.J. (1996). Racial differences in body type preferences of men for women. Int J Eat Disord. 19, 275-278.

Guan, X.P., Cheng, H. (1998). Influence factors of obesity among adolsecent in city Dalian. Chin J School Heal. 19 (6), 475.

Gulliford, M.C., Rona, R.J., Chinn, S. (1992). Trends in body mass index in young adults in England and Scottland from 1973-1988. J Epidemio Comm Health. 46, 187-190.

Habermas, T., Müller, M. (1986). Das Bulimie-Syndrom: Krankheitsbild, Dynamik und Therapie. Nervenarzt. 57, 322-331.

Habermas, T. (1990a). Heißhunger. Historische Bedingungen der Bulimia nervosa. Fischer, Frankfurt.

Habermas, T. (1990b). Die geschlechtstypischen Real- und Idealselbstbilder von bulimischen Patientinnen und Nicht-Patientinnen. Klein Psychol XIX, 50-60.

Habermas, T. (1998). Eßstörungen der Adoleszenz. In: Oerter, R., Montada, L. (Hrsg): Entwicklungspsychologie. 4. Aufl. Beltz, Weinheim. 1069-1076.

Häcker, H., Stapf, K. H. (1998). Dorsch psychologisches Wörterbuch. Hans Huber, Bern, Göttingen.

Hällstrom, T., Noppa, H. (1981). Obesity in women in relation to mental illness social factors and personality traits. J Psychosom Res. 25, 75-82.

Halimi, K.A. (1974). Anorexia nervosa: demographic and clinical featuresin 94 cases. Psychosom Med. 36, 18-26.

Halimi, K.A. (1982). The diagnosis and treatment of anorexia nervosa. In: Zales, M.R. (eds): Eating, Sleeping and Sexuality. Brunner/Mazel, New York. 43-58.

Hartmann, F., Linzbach, J., Nissen, R., Schaefer, H. (1959). Fischer-Lexikon der Medizin. Fischer, Frankfurt.

Heatherton, T.F., Baumeister, R.F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. Psycho Bull. 110, 86-108.

Heatherton, T.F., Polivy, J. (1992). Chronical dieting and eating disorders: A spiral model; in: The etiology of bulimia nervosa: The individual and the familial context. In: Crowther, J.H., Tennenbaum, D.L., Hobfoll. S.E., Parris Stephens, M.A. (Hrsg): Hemisphere Publishing Corporation, Washington, Philadelphia. 133-155.

Hebebrand, J., Remschmidt, H. (1995). Genetische Aspekte der Adipositas. Adipositas. 9. 20-24.

Herpertz, S., Saller, B. (2001). Psychosomatische Aspekte der Adipositas. Psychother. Psychosom Med Psychol. 51, 336-349.

Herpertz, S., Schweiger, U. (2001). Psychobiologische Aspekte der anorexia nervosa. Psychosom Med Psycho. 47, 179-204.

Herzog, D.B., Bradburn, I. (1992). The nature of adolescent anorexia nervosa and bulimia nervosa; . In: Coorper, P.J., Stein, A. (eds.): Feeding problems and eating disorders in children and adolescents Harwood Academic Publischers, Chur. 123-139.

Herzog, D.B., Greenwood, D.N., Dorer, D.J., Flores, A.T., Ekebald, E.R., Richards, A., Blais, M.A., Keller, M.B. (2000). Mortality in Eating Disorders: A Descriptive Study. Int J Eat Disord. 28, 20-26.

Hewitt, P.L., Flett, G.L., Ediger, E. (1995). Perfectionism traits and perfectionistic self-presentation in eating disorder attitudes, characteristics and symptoms. Int Eat Disord. 18, 317-326.

Hines, P.M., Boyd-Franklin, N. (1996). African American families. In: McGoldrick, M., Giordano, J., Pearce, J.K. (eds.): Ethnicity and family therapy. (2nd) .Guilford Press, New York. 66-84.

Hoek, H.W., Van Son, G.E., Van Hoeken, D., Bartelds, A.I.M., Van Furth, E.F. (2005). Changes in the incidence of eating disorders. Paper presented at the International Conference on Eating Disorders, Montreal.

Hoffman, S.O., Hochapfel, G. (1999). Neurosenlehre, psychotherapeutische und psychosomatische Medizin. 6. Aufl. Schattauer, Stuttgart.

Hong, Y.F., Xiu, Y.H., Ding, J.H. (2002). Regional differences of Chinese population urbanization in 1990s. Population Res. 26, 72-78.

Hovey, J.D. (1998). Acculturative stress, depression and suicidal ideation among Mexican-American adolescents: Implications for the development of suicide prevention programs in schools. Psycho Rep. 83, 249-250.

Hsu, J.H. (2005). Die Hindernisse von Muttersprachausbildung für die Urbewohner in Taiwan. http://www.cmps.tp.edu.tw/principal2005/paper

Hsu, L.K.G. (1996). Epidemiology of the eating disorders. Psychiatr Clinic Nor Am. 19, 681-700.

Hsu, L.K.G., Sanhouse, R., Chesler, B.E. (1991). Individual cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa: The description for a program. Int J Eat Disord. 10, 273-283.

Huang, S.Z. (2006). Overweight and obesity among adolescents in the city Baise. Chin J School Hea. 27 (10), 879.

Humphry, T.A., Ricciardelli, L.A. (2004). The development of eating pathology in Chinese-Australian women: Acculturation versus culture clash. Int J Eat Disord. 35, 579-588.

Jacobi, C., Paul, T. (1991). Bulimia and Anorexia nervosa. Ursachen und Therapie. Springer, Berlin, Heidelberg.

Jeong, Y.S. (2005). Familienbeziehungen und Essstörungen. Tectum, Marburg.

Ji, C.Y., Sun, J.L., Chen, T.J. (2004). Dynamic analysis on the prevalence of obesity and overweight school-age children and adolenscents in recent 15 years in China. Chin J Epidemio Stud. 25, 103-108.

Jiang, J.X., Xiao, X.L., Wu, G.C., Tan, Z.W., Song, X.F., Wang, L., Quo, S.Y., Ren, G.F. (2002). School based intervention for obese children. Chin J Child Hea Care. 10, 364-367.

Jiao, M., Zhu, X.H., Wie, H.Y. (2006). Personality Characteristics of Chinese overweight children in a overweight prevention programme. Chin J Medic.Forum. 27 (9) 41-42.

Johnson, C., Connors, M.E. (1987). The etiology and treatment of bulimia nervosa. A biopsychosocial perspective. Basic Books, New York.

Johnson, C., Larson, R. (1982). Bulimia: an analysis of moods and behavior. Psychosom Med.44, 341-351.

Johnson, C., Wonderlich, S. (1992). Personality characteristics as a risk factor in the development of eating disorders. In: Crowther, J.H., Tennenbaum, D.L., Hobfoll, S.E., Parris, Stephens, M.A. (eds): The etiology of bulimia nervosa. The individual and familial context. Hemisphere Publishing Corporation, Washington, Philadelphia, London.

Joiner, G.W., Kashubeck, S. (1996). Acculturation, body image, self-esteem, and eating disorders symptomatology in adolescent Mexican-American women. Psych Women. 20, 419-435.

Kabera. e. V. (1999). Essstörungen in Europa- Erhebung zum Präventionsbedarf (Abschlussbericht einer von der Europäischen Kommission geförderten Studie). Kassel.

Kadeer, G. (2003). The psychological character: a comparative study between Uigurian and Chinese female college students in Xingjiang. Chin J School Hea. 6, 630.

Kalmijin, M. (1993). Trends in Black/White intermarriage. Social Forces. 72, 119-146.

Kang, C.Y. (2002). Influence factors of low esteem among minority groups college students. Chin J Second Northwest University for Ethnic. 53, 74-78.

Kaplan, K.M., Wadden, T.A. (1986). Childhood obesity and self-esteem. J Predia. 109, 367-370.

Keel, P.K., Mitchell, J.E. (1997). Outcome in bulimia nervosa. Am J Psychiatry. 154, 313-321.

Keel, P.K., Klump, K.L. (2003). Are eating disorders culture-bound syndromes? Implicationsfor conceptualising theiretiology. Psycho Bull. 129, 747-769.

Keel, P.K., Heatherton, T.F., Dorer, D.J., Joiner T, Zalta, A. (2006). Point prevalence of bulimia nervosa in 1982, 1992, and 2002. Psycho Med. 36, 119-127.

Kendler, K.S, MacLean, C., Neale, M., Kessler, R., Heath, A., Eaves, J. (1991). The genetic epidemiology of bulimia nervosa. Am J Psychiatry. 148, 1627-1637.

Kent, A., Waller, G. (2000). Childhood emotional abuse and eating psychopathology. Clinic Psych Rev. 20, 887-903.

Ko, C., Cohen, H. (1998). Intraethniccomparison of eating attitudes in native Koreans and Korean Americans using a Korean translation of the eating attitudes test. J Nerv Ment Dis.186, 631-636.

Kog, E., Pierloot, R., Vandereycken, W. (1983). Methodical considerations of family research in anoroexia nervosa. Int J Eat Disord.2, 79-84.

Kog, E., Vandereycken. W. (1989). The facts: a review of research rata on eating disorder families. In: Vandereycken, W., Kog, E., Vanderlinden, L. (eds): The family approach to eating disorders. Assessment and treatment of anorexia nervosa and bulimia. PMA Publishing Corp, New York. 7-24.

Köhle, K., Simon, C., Jung, K. (1996). Anorexia nervosa. In: Adler, R.H., Herrmann, J.M., Köhle,,K., Schonecke, OW. (Hrsg): Psychosomatische Medizin. 5 Aufl. Urban & Schwarzenberg, München.

Köhle, K., Subic-Wrana, C., Albus, C., Simons, C. (2008). Anorexia nervosa. In: Adler, R.H., Hermann, J.M., Köhle, K., Langewitz, W., Schonecke, O.W., Wesiack, W. (Hrsg): Psychosomatische Medizin. 6. Aufl. Urban & Fischer, München.

Krause, C., Hannichm, H.J., Stückle, C., Widmer, C., Rohde, C., Wiesmann, U. (2000). Selbstwertstärken-Gesundheitfördern. Unterrichtsvorschläge für das 1. und 2.Schuljahr. Auer, Donauwörth.

Krause, C., Wiesmann, U., Hannich, H.J. (2004). Subjektive Befindlichkeit und Selbstwertgefühl von Grundschulkindern. Lengerich.

Krause, C. (2008). Ohne Eltern geht es nicht. Handbuch zur Durchführung eines Elternkurses im Rahmen von Gesundheitsförderung. Gesunde Entwicklung, Heckenbeck, Bad Gandersheim.

Krüger, C., Reich, G., Buchheim, P., Cierpka, M. (2001a). Eßstörungen und Adipositas-Epidemiologie-Diagnositik-Verläufe. In: Reich, G., Cierpka, M. (Hrsg): Psychotherapie der Essstörungen. Thieme, Stuttgart.

Krüger, C. (2001b). Binge Eating und Binge Eating Störung. In: Reich, G., Cierpka, M. (Hrsg): Psychotherapie der Essstörungen. Thieme, Stuttgart.

Kuczmarski, R.J. (1992). Prevalence of overweight and weight gain in the United States. Am J Clinic Nutr. 55, 495-502.

Kuczmarski, R.J., Flegal, K.M., Campell, S.M., Johnson, C.L. (1995). Increasing prevalence of overweight among US adults: The National Health and Nutrition Examination Surveys, 1960 to 1991. JAMA. 272, 205-211.

Kulczycki, A., Lobo, A.P. (2002). Patterns, determinants, and implications of intermarriage among Arab Americans. J Marri Fam. 64 (February). 202-210.

Kulwicki, A. D., Miller, J. (1999). Domestic violence in the Arab American population: Transforming environmental conditions through community education. Issues Ment Heal Nurs. 20 (3), 199-215.

Kuskowska-Wolk, A., Bergström, R. (1993).Trends in body mass index and prevalence of obesity in Swedish men 1980-1989. J Epidemio Comm Health. 47, 103-108.

Lacey, J.H. (1986). Pathogenesis. In: Downey, L.J., Malkin, J.C. (eds): Current Approaches: Bulimia Nervosa. Med, Birmingham. 17-26.

Larkin, J.C., Pines, H.A. (1979). No fat persons need apply: Experimental studies of the overweight stereotype and hiring preference. Social Work Occupa. 6, 312-327.

Lasser, U., Hurrelmann, K., Wolters, P. (1993). Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung. In: Hurrelmann, K., Lasser, U. (Hrsg):Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Beltz, Weinheim.

Lee, S. (1993). How abnormal is the desire for slimness? A survey of eating attitudes and behaviour among Chinese undergraduates in Hong Kong. Psycho Med. 23, 437–451.

Lee, S., Lee, A.M. (2000). Disordered eating in three communities of China: A comparative study of female high school students in Hong Kong, Shenzhen, and rural Hunan. Int J Eat Disord. 27, 317-327.

Lee, S., Katzman, M.A. (2002). Cross cultural perspectives on eating disorders. In:. Fairburn, C.G., Brownell, K.D. (eds): Eating disorders and obesity (2nd). Guilford Press, New York. 260-264.

Lee, Y.H., Rhee, M.K., Park, S.H. (1998). Epidemiology of eating disordered symptoms in the Korean general population using a Korean version of the Eating Attitudes Test. Eat Weight Disord. 3, 153-161.

Levine, M.P., Smolak, L., Moodey, A.F., Shumann, M.D., Hessen, L.D. (1994). Normative developmental challenges and dieting and eating disturbances in middle school girls. Int J Eat Disord. 15, 367-375.

Lilenfeld, L.R., Kaye, W.H., Greeno, C.G. (1998). A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. Arch Gen Psychiatry. 55, 603-610.

Lissau, I., Sorensen, T.I.A. (1994). Parental neglect during childhood and increased risk of obesity in young adulthood. Lancet. 343, 324-328.

Lissau, I., Breum, L., Sorensen, T.I.A. (1993). Maternal attitude to sweet eating habits and risk of overweight in offspring. A ten-year prospective population study. Int J Obes. 17, 125-129.

Liu, J.R., Liu, J.H. (2000). Psychological health, mentality of junior school students and the parental rearing behaviors. Psycho Sci. 23, 659-663.

Liu, Y. (2007). Analyse of jobhunting of minority groups college graduate students in Xinjiang province. Xinjiang Social Sci Forum. 3, 63-65.

Lohaus, A. (1993). Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Kindes- und Jugendalter. Göttingen, Hogrefe.

Lunner, K., Werthem, E.H., Thompson, J.K., Paxton, S.J., McDonald, F., Halvaarson, K. (2000). A cross-cultural examination of weight-related teasing, body image, and eating disturbance in Swedish and Australian Samples. Inter J Eat Disord. 28, 430-435.

Ma, Z.B. (2006). Psychological problem among minority groups college students from low income families. Social psycho Sci. 21, 57-58.

Maddox, G.L., Back, K., Liederman, V. (1968). Overweight as social deviance and disability. J Health Soc Behav. 9, 23-27.

Maimaiti, R., Najjimiding, Q. (2003). The education situation of the Uiguren female in Xinjiang Province. Population Journal. 4, 40-44.

Marcus, M.D. (1995). Binge eating and obesity. In: Brownell, K.D., Fairburn, C.C. (eds): Eating Disorders and Obesity. Guillford Press, New York, 441-444.

Marcus, M.D. (1997). Adapting treatment for patients with Bing-Eating Disorder. In: Garner, D.M., Garfinkel, P.E. (eds): Handbook of Psychotherapy for Anorexia nervosa and Bulimia.Guilford Press, New York, London.

Mensink, G. (2002). Übergewicht. In Beitrage zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Hrsg): Was essen wir heute? Robert-Koch-Institut, Berlin.

Meyer, A.E. (1970). Die Anorexia nervosa and ihre für die Allgemeinmedizin wichtigen Aspekte. Allgemein Med. 46, 1782-1786.

Meyer, C., Waller, G. (2001). Social convergence of disturbed eating attitudes in young adult women. J Nerv Ment Dis.189,114-119.

Milligan, R.J., Waller, G. (2000). Anger and bulimic psychopathology among nonclinical women. Int J Eat Disord. 28, 446-450.

Mitchell, J.E., Hatsukami, D., Eckert, E.D., Pyle, R.L. (1985). Characteristics of 275 patients with Bulimia. Am J Psychiatry.142, 482-485.

Mitchell, J.E., Specker, S.M., de Zwaan, M. (1991). Comorbidity and medical complications of bulimia nervosa. J Clinic Psychiatry. 52, 13-20.

Mitchell, J.E., Mussell, M.P. (1995). Comorbidity and binge eating disorder. Addict Behav. 20, 725-732.

Monteath, S.A., McCabe, M.P. (1997). The influence of societal factors on female body image . J Soc Psycho, 137, 708-727.

Müller, G.F. (1980). Das präventive Elterntraining- Eine Methode zur Stärkung der Erziehungsfähigkeit und zur Weiterentwicklung der Partnerschaft. In: Gerlicher, K.(Hrsg): Prävention. Vorbeugende Tätigkeiten in Erziehungs- und Familienberatungsstellen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen. 43-55.

Mumford, D.B, Whitehouse, A., Choudry, I. (1992). Survey of eating disorders in English-medium schools in Lahore, Pakistan. Int J Eat Disord.11, 173-184.

Mumford, D.B., Whitehouse, A., Platts, M. (1991). Sociocultural correlations of eating disorders among Asian schoolgirls in Bradford. Br J Psychiatry. 158, 222-228.

Mumford, D.B., Choudry, I.Y. (2000). Body dissatisfaction and eating attitudes in slimming and fitness gyms in London and Lahore: a cross-cultural study. Eur Eat Disord Rev. 8, 217-224.

Mussel, M.P., Mitchell, J.E., de Zwaan, M., Crosby, R.D., Seim, H.C., Crow, S.J. (1995). Onset of binge eating, dieting, obesity and mood disorders among subjects seeking treatment for binge eating disorder. Int Eat Disord.17, 395-401.

Nasser, M. (1986). Comparative study of the prevalence of abnormal eating attitudes among Arab female students of both London and Cairo universities. Psycho Med. 16, 621-625.

Nasser, M. (1994). Screening for abnormal eating attitudes in a population of Egyptian secondary school girls. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemio. 29, 25-30.

National Health and Nurtrition Examination Survey (1999-2000). National centre for Health Statistics, U.S. Department of Health and Human Services, (On-Line).Available Http://www.cdc.gov/nchs/nhanes.

National Health Interview Survey (1997). National centre for Health Statistics, U.S. Department of Health and Human Services and centres for Disease Control. Prevalence of overweight among children and adolescents: United States, (On-Line).Available:Http://www.cdc.gov/nchs/products/pubs/pubd/hestats/overweight99.htm.

Neumark-Sztainer, D., Story, M., Hannan, P.J., Beuhring, T., Resnick, M.D. (2000). Disordered Eating among adolescents: Associations with sexual/physical abuse and other familial/psychosocial factors. Int J Eat Disord. 28, 249-258.

Neumark-Sztainer, D., Story, M., Hannan, P.J., Perry, C.L., Irving, L.M. (2002). Weight-related concerns and behaviors among overweight and non-overweight adolescents: implications for preventing weight-related disorders. Archiv Prediatr Adoles Med. 156 (2), 171-178.

Neumark-Sztainer, D. (2005). Can we simultaneously work toward the prevention of obesity and eating disorders in children and adolescents? Int J Eat Disord. 38, 220-227.

Nicholson, B.L. (1997). The influence of pre-emigration and postemigration stessors on mental health: A study of Southeast Asian refugees. Social Work Research, 21, 19-31.

Niejimu, A. (2002).Population and Marriage among Minority groups in Xinjiang Provenz. Chin J Population Sci. 5, 73-80.

Nilsson, J.E., Paul, B.D., Lupini, L.N., Tatem, B. (1999). Cultural differences in perfectionism: a comparison of African American and White college students. J College Student Develop. 40, 141-150.

Okon, D. M., Green, A. L., Smith, J. E. (2002). Family interactions predict intraindividual symptom variation for adolescents with bulimia. Int J Eat Disord. 34, 450-457.

Orbach, S. (1978). Anti-Diät Buch: Über die Psychologie der Dickleibigkeit, die Ursachen von Eßsucht. Frauenoffensive, München.

Patton, G. C., Selzer, R., Coffey, C., Carlin, J. B., Wolfe, R. (1999). Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. Br Medl J. 318, 765-768.

Paul, T. (1991). Der langfristige Verlaufe der Bulimia nervosa. In: Jacobi, C., Paul, T. (Hrsg): Bulimia und Anorexia nervosa. Springer, Berlin.

Paxton, S.J., Schutz, H.K., Wertheim, E.H., Muir, S.L. (1999). Friendship clique and peer influences on body image concerns, dietary restraint, extreme weight-loss behaviors, and binge eating in adolescent girls. J Abnorm Psycho. 108, 255-266.

Perez, M., Voelz, Z.R., Pettit, J.W., Joiner, T.E. (2002). The role of acculturative stress and body dissatisfaction in predicting, bulimic symptomatology across ethnic groups. Inter J Eat Disord. 31, 442-454.

Perlick, D., Silverstein, B. (1994). Faces of female discontent: Depression, disordered eating, and changing gender roles. In: Fallon, P.F., Katzman, M., Wooley, S. (eds): Feminist Perspectives on Eating Disorders. Guilford Press, New York. 77-93.

Petermann, F., Häring, J. (2003). Elternschulung bei adipösen Kindern und Jungendlichen. In: Petermann, F., Pudel, V. (Hrsg): Übergewicht und Adipositas. Hogrefe. Göttingen. 263-277.

Petermann, U., Petermann, F.(2003). Training mit sozial unsicheren Kindern. 8. Aufl. Beltz Weinheim.

Pinhas, L., Toner, B.B., Ali, A., Garfinkel, P.E., Stuckless. N. (1999). The effect of the ideal of female beauty on mood and body satisfaction. Int J Eat Disord. 25, 223-226.

Polivy, J., Herman, C.P., Mills, J., Wheeler, H.B. (2001). Eating disorders in adolescence. In: Adams, G., Berzonsky, M. (eds): The Blackwell handbook of adolescence. Blackwell, Oxford. In press.

Polivy, J., Herman, C.P. (2002). Causes of eating disorders. Annu Rev Psychol. 53, 187-213.

Popkin, B.M., Doak, C.M. (1998). The obesity epidemic is a worldwide phenomenon. Nutr Rev. 56, 106-114.

Powell, A.D., Kahn, A.S. (1995). Racial diffences in women's desires to be thin. Int J Eat Disord. 17, 191-195.

Pudel, V., Westenhöfer, J. (1998). Ernährungspsychologie: Eine Einführung. 2. Aufl. Hogrefe Göttingen.

Pudel, V. (2003). Multimodale Prävention. In: Petermann, F., Pudel, V. (Hrsg): Übergewicht und Adipositas. Hogrefe, Göttingen.

Raffi, A.R., Rondini, M., Grandi, S., Fava, G.A. (2000). Life events and prodromal symptoms in bulimia nervosa. Psycho Med. 30, 727-731.

Rascovsky, A., de Rascovsky, N.W., Schlossberg, T. (1950). Basic psychic structure of the obese. Int Psycho Anal. 5, 144.

Rathner, G., Messner, K. (1993). Detection of eating disorders in a samll rural town: an epidemiological study. Psycho Med. 23, 175-184.

Ratzke, K. (1995). Zur Analyse soziokultureller Bedingungen der Geschlechtsrollenannahme am Beispiel gestörten Eßverhaltens. Eine vergleichende Studie zwischen Studentinnen aus Ost- und Westdeutschland. Cuviller, Göttingen.

Reich, G. (1992). Identitätskonflikte bulimischer Patientinnen. Klinische Beobachtungen zur inter- und intrapersonellen Dynamik. Forum Psychoanal. 8, 121-133.

Reich, G. (1997). Psychodynamische Aspekte der Bulimie und Anorexie. In: Reich, G., Cierpka, M. (Hrsg.): Psychotherapie der Eßstörungen. Thieme, Stuttgart, New York.

Reich, G. (1999a) Familieninteraktionsforschung- neuere Entwicklungen. In: Kontext 30/2. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen. 150-162.

Reich, G. (1999b). Familienbeziehungen von Patientinnen mit Bulimia nervosa. Eine Vergleichs-Studie zu Patientinnen mit Anorexia nervosa und einer nicht-eßgestörten Kontrollgruppe. Habilitationsschrift. Göttingen.

Reich, G. (2001). Psychodynamische Aspekte der Bulimie und Anorexie; In: Reich, G., Cierpka, M. (Hrsg): Psychotherapie der Essstörungen. Thieme, Stuttgart, New York, 44-60.

Reich, G. (2003a). Familienbeziehungen von Patientinnen mit Bulimia nervosa. Asanger, Heidelberg, Kröning.

Reich, G. (2003b) Familientherapie der Essstörungen. In: Cierpka, M., Ricehl- Emde, A., Schmidt, M., Schneewind, K. (Hrsg): Praxis der Paar- und Familientherapie. Hogrefe, Göttingen.

Rema, A.A.S., Martine, B., Najem, K., Mona, C., Shediac, R. (2002). Preoccupation with weight and disordered eating behaviors of entering Students at a University in Lebanon. Int J Eat Disord. 32, 52-57.

Remschmidt, H., Herpertz- Dahlmann, B. (1989). Bulimia und Bulimarexie im Jugendalter. In: Fichter, M.M. (Hrsg): Bulimia nervosa. Enke, Stuttgart.

Rewaidula, D., Rewaidula, A. (2002). Islam-Kultur und uigurische Volksgruppe. Chinese Muslim. 6, 15-17.

Roger, L., Resnick, M. D., Mitchell, J. E., Blum, R. W. (1996). The relationship between socioeconomic status and eating-disordered behaviors in community sample of adolescent girls. Int J Eat Disord. 22, 15-23.

Rorty, M., Yager, J. (1996). Histories of childhood trauma and complex posttraumatic sequelae in women with eating disorders. Psychiatry. Clinic N Am. 19, 773-787.

Rosen, J.C. (1992). Body-image-disorder: Definition, development, and contribution to eating disorders. In: Crowther, J.H., Tennenbaum, D.L., Hobfoll, S.E., Parris Stephens, M.A. (eds): The Etiology of Bulimia Nervosa. The Individual and Familial Context. Hemisphere Publishing Corporation, Washington, Philadelphia, London. 157-177.

Ross, C.E. (1994). Overweight und depression. J Health Soc Behav. 35, 63-75.

Sands, S. (1991). Bulimia, dissociation, and empathy: a self-psychological view. In: Johnson, C.L. (eds): Psychodynamic treatment of anorexia nervosa and bulimia. Guilford Press, New York, London. 34-50.

Schepank, H. (1992). Genetic determinants in anorexia nervosa: results of studies on twins. In: Herzog, W., Deter, H.C., Vandereycken, W. (Hrsg): The course of eating disorders. Springer, Berlin, Heidelberg, New York. 241-256.

Schmidt, U., Tiller, J., Blanchard, M., Andrews, B., Treasure, J. (1997). Is there a specific trauma precipitating anorexia nervosa? Psycho Med. 27, 523-530.

Schneider-Henn, K. (1988). Die hungrigen Töchter. Eßstörungen bei jungen Mädchen. Kösel München.

Schupak-Neuberg, E., Nemeroff, C.J. (1993). Disturbances in identity and self-regulation in bulimia nervosa: Implications for metaphorical perspective of “body as self”. Int J Eat Disord.13, 335-347.

Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1974) The treatment of children through brief therapy of their parents. Family Process. 14. 429–442.

Selvini Palazzoli, M. (1978). Self starvation. From individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa. Aronson, New York. (Übersetzung: 1982. Magersucht: Von der Behandlung einzelner zur Familientherapie) Klett-Cotta, Stuttgart.

Sharifa, A. (1998). Ending domestic violence in Muslim Families. Sisters!, 1 (4).

Shisslak, C. M., McKnight, K. M., & Crago, M. (1990). Family dysfunction in normal weight bulimic and bulimic anorexic families. J Clinic Psycho. 46, 185-189.

Sjöström, L., Larsson, B., Nackman, L., Bengtsson, C., Bouchard, C., Dahlgren, S. (1992). Swedish obese subjects (SOS). Recruitment for an intervention study and a selected description of the obese state. Int J Obes. 16, 465-479.

Slade, P. (1982). Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Br J Clinic Psycho. 21,167-179.

Staffieri, J.R. (1967). A study of social stereotype of body image in children. J Pers Soc Psychol. 7, 101-104.

Stein, D., Lilenfeld. L.R., Plotnicov, K., Pollice, C., Rao, R., Strober, M., Kaye, W.H. (1999). Familial aggregation of eating disorders: Results from a controlled family study of Bulimia nervosa. Inter J Eat Disord. 26, 211-215.

Steinhausen, H.C. (1995). The course and outcome of anorexia nervosa. In: Brownell, K.D., Fairburn, C.G. (eds): Eating disorders and obesity. Guilford Press, New York. 234-237.

Stich, E., Schupak-Neuberg, E., Shaw, H.E., Stein, R.I. (1994). Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: An examination of mediating mechanisms. J Abnorm Psycho. 103, 836-840.

Stiche, E. (1998). Modeling of eating pathology and social reinforcement of the thin-ideal predict onset of bulimic symptoms. Behav Res Ther. 26, 931-944.

Strauss, R. (2000). Childhood obesity and self-esteem. Pediatrics. 105, 1-5.

Striegel-Moore, R., Smolak, L. (1996). The role of race in the development of eating disorders. In: Levine, M.P., Smolak, L.L., Striegel-Moore, R. (eds): The developemental psychopathology of eating disorders: Implications for research, prevention, and treatment. Erlbaum, Hillsdale NJ. 259-284.

Striegel-Moore, R. (1997). Risk factors for eating disorders. Annals of New York Acad. Sci. 817, 98-109.

Striegel-Moore, R., Schreiber, G.G, Lo, A., Grawford, P., Obarzaner, E., Rodin, J. (2000). Eating disorder symptoms in a cohort of 11 to 16 year old black and white girls: The NHLBI Growth and Health Study. Int J Eat Disord. 27, 49-66.

Strober, M., Humphrey, L. L.(1987). Familial contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia. J Consult Clinic Psy. 55, 654-659.

Strober, M., Lampert, C., Morrell, W., Burroughs, J., Jacobs, C. (1990). A controlled family study of anorexia nervosa: Evidence of familial aggregation and lack of shared transmission with affective disorders. Int J Eat Disord. 9, 239-253.

Strober, M.(1991). Disorders of the self in anorexia nervosa: an organismic-developmental paradigm. In: Johnson, C.L. (eds): Psychodynamic treatment of anorexia nervosa and bulimia.Guilford. New York, 354-373.

Sugarman, A. (1991). Bulimia: A displacement from psychological self to body self. In: Johnson C.L. (eds): Psychodynamic treatment of anorexia nervosa and bulimia. Guilford Press, New York, London.

Sullivan, P.F. (1995). Mortality in anorexia nervosa. Am J Psychiatry. 152, 1073-1074.

Sunday, S.R., Halmi, K.A., Einhorn, A. (1995). The Yale-Brown-Cornell eating disorder scale: a new scale to assess eating disorder symptomatology. Int J Eating Disord. 18, 237-245.

Sutandar-Pinnock, K., Wodside, D. B., Carter, J., Olmsted, M. P., & Kaplan, A. S. (2002). Perfectionism in anorexia nervosa: A 6-24-month follow-up study. Int J Eat Disord. 33, 225-229.

Taylor, E.R., Wooten, R., Babcock, B., Hill, F. (2002). A metaphorical story to raise relational esteem in Mexican American families of low socioeconomic status. The family journal: counseling and therapy for couples and families. 10 (1), 27-33.

Thiel, A., Jacobi, C., Horstmann, S., Paul, T.H., Nutzinger, D.O., Schüßler, G. (1997). Eine deutschsprachige Version des Eating Disorder Inventory EDI-2. Psychother Psycho Med. 47, 365-376.

Thomä, H. (1961). Anorexia nervosa. Geschichte, Klinik und Theorien der Pubertäts-magersucht. Huber-Klett, Stuttgart.

Thomas, C.L., James, A.C., Bachmann, M.O. (2002). Eating attitudes in English secondary school students. Influences of ethnicity, gender, mood, and social class. Int J Eat Disord. 31, 92-96.

Thompson, S.H., Corwin, S.J., Sargent, R.G. (1997). Ideal body size beliefs and weight concerns of fourth-grade children. Int J Eat Disord. 21, 279-284.

Tiggemann, M., Pickering, A.S. (1996). Role of television in adolescent women's body dissatisfaction and drive for thinness. Int J Eat Disord. 20, 199-203.

Tong, J., Miao, S.J., Wang, J., Zhang, J.J., Wu, H.M., Li, T., Hsu, L.K.G. (2005). Five cases of male eating disorders in central China. Int J Eat Disord. 37, 72-75.

Treasure, J., Holland, A (1995). Genetic factors in eating disorders. In: Szmukle, G., Dare, C.,Treasure, J. (eds): Handbook of eating disorder: Theory, treatment and research. John wiley & Sons, New York, 65-81.

Triandis, H.C. (1988). Collectivism vs. individualism: A reconceptualization of a basic concept in cross-cultural social psychology. In: Verma, G.K., Bagley, C. (eds.): Cross-cultural studies of personality, attitudes and cognition. Macmilan, London, 60-95.

Troop, N.A. (1998). Eating disorders as coping strategies: a critique. Eur Eat Disord Rev. 6, 229-237.

Turner, H.M., Rose, K.S., Cooper, M.J. (2005). Schema and parental bonding in overweight and nonoverweight female adolescents. Inter J Obes. 29, 381-387.

U.S. National Center for Health Statistic. (1997). National Health Interview Survey.

U.S Department of Health and Human Services, (2000). National Health and Nurtrition Examination Survey.

Vandereycken, W., Meermann, R. (1984). Anorexia nervosa, a clinican's guide to treatment. Walter De Gruyter, Berlin.

Vandereycken, W., Meermann, R. (2000). Magersucht und Bulimie. Ein Ratgeber für Betroff-ene und ihre Angehörigen. Han Huber, Bern.

Waadt, S., Laessle, R.G., Pirke, K.M. (1992). Bulimie, Ursachen und Therapie. Springer, Berlin.

Wadden, T.A., Foster, G.D., Brownell, K.D., Finley, E. (1984). Self-concept in obese and normal-weight children. J Consult Clinic Psycho. 52. 1104-1105.

Wang, L.Z., Dauan, R., Zhou, Y.R., Qi, M., Ji, L.R., Lu, Z.H. (2005). Community based intervention for obese infants.Chin J Child Heal Care. 13 (3), 208.

Wang, P. (1999).10 Cases of anorexia nervosa. Chin Psychiatry.32, 55-55.

Wang, W.J., Wang, K.A., Li, T.L., Xiang, H.D., Ma, L.M., Fu, Z.Y., Chen, J.S. (2001). A study on the epidemiological characteristics of obesity in Chinese Adults. Chin J Epidemio. 22 (2), 129-132.

Wang, Y., Monteiro, C., Popkin, B.M. (2002). Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China, and Russia. Am J Clinic Nutr. 75, 971- 977.

Wang, Y.X., Zhou, Q.Z. (2001). Ernährung von Minderheitsgruppen in Xinjiang. Chin Ethnicity. 9, 72.

Wardetzki, B. (1990). Weiblicher Narzißmus und Bulimie. Die narzißtische Persönlichkeits- und Beziehungsstörung im Rahmen der bulimischen Eßerkrankung. Med. Diss München.

Warschburger, P. (2000). Chronisch kranke Kinder und Jugendliche – Psychosoziale Belastungen und Bewältigungsanforderungen. Hogrefe, Göttingen.

Wassenaar, D., le Grange, D., Winship, J., Lachenicht, L. (2000). The prevalence of eating disorders pathology in a cross-ethnic population of female students in South Africa. Eur Eat Disord Rev. 8, 225-236.

Welch, S.L., Doll, H.A., Fairburn, C.G. (1997). Life events and the onset of bulimia nervosa: a controlled study. Psycho Med. 27, 515-522.

Westenhöfer, J., Pudel, V. (1990). Gesellschaftliche Aspekte von Eßstörungen. Prax Klein Verhaltensmed Rehabil. 3, 151-159.

Wietersheim, J.V. (2008). Bulimia nervosa. In: Adler, R.H., Hermann, J.M., Köhle, K., Langewitz, W., Schonecke, O.W., Wesiack, W. (Hrsg): Psychosomatische Medizin. 6. Aufl. Urban & Fischer, München.

Wirth, A. (2003) Adipositas-assoziierte Krankheiten In: Petermann, F., Pudel, V. (Hrsg): Übergewicht und Adipositas. Göttingen, Hogrefe.

World Health Organization (1946). Constitution. Geneva, WHO.

Xiao, G.L., Qian, M.Y, Huon, G. (2001). Rate of eating disorders in Beijing girls. Chin Mental Heal**,** 5, 362-264.

Xie, B., Liu, C., Chou, C. (2003). Weight perception and psychological factors in Chinese Adolescents. J Adole Health. 34, 202-210.

Xie, B., Chou, C.P., Liu, C., Xia, J., Gong, J., Li, Y., Johnson, C.A. (2005). Effects of Perceived Peer Isolation and Social Support Availability on the Relationship between Body Mass Index and Depressive Symptomsnature. Inter J Obes. 29, 1137-1143.

Xie, B., Chou, C.P., Spruijt-Metz, D., Kim, R., Clark, F., Palmer, P.H., Gallaher, P., Sun, P., Guo, Q., Johnson, A. (2007). Socio-demographic and economic correlates of overweight status in Chinese adolescents. Am J Health Behav. 31, 339-352.

Xie, J., Jiao, S.F., Ying, X.J., Wang, Y., Guo, B., Wu, L.J. (2002). An epidemiological survey of overweight and obesity in Beijing. Chin J Epidemio. 24, 8. 749.

Xiu, A.Q., Mao, Y.F. (2001). Faktor analyse of High Divorce of Uiguren in Xinjiang Provinz. Chin Population Sci. 2, 25-35.

Yanowski, S. (1993). Binge eating disorder: Current knowledge and future directions. Obes Res. 1, 306-324.

Zeller, M.H., Saelens, B.E., Roehrig, H., Kirk, S., Daniels, S.R. (2004). Psychological Adjustment of obese youth presenting for weight management treatment. Obes Res. 12, 1576-1586.

Zheng, R.C., Huon, G. (1999). Dieting status in female adolescents in Beijing. Chin Mental Heal. 13, (6) 5,340-342.

Zheng, X.Y., Xie, Z.J., Yilihamu. (2005). Epidemiological survey of overweight and obesity in Uigur adults in Urumchi. Chin J Clinic Rehabili. 9 (3), 17-19.

Zhou, J.T., Yu, P.L., Hu, S.H., Wang, L.N. (2005). Incidence of overweight and obesity and the influence factors among 6020 health examinees in Liuzhou city. Chin J Clinic Rehabil, 9 (3), 22-23.

Zhou, W.H., Du, L.Y., Qi, H.L., Li, D.H., Pang, Y.L., Ma, L. (2006). Obesity among adolescents in city Chengde. Chin J school health. 27 (3), 231.

Zhu, Y.H., Ding, R.F. (2003). A study on related factors of parental rearing behavior and personality and mental health. Chin General Practice. 6 (11), 920-921.

Zimmer, G. (1981). Das Problem “ psychische Gesundheit”. In: Zimmer, G. (Hrsg): Persönlichkeitsentwicklung und Gesundheit im Schulalter. Campus, Frankfurt. 11-23.

Anhang 1:

Die verwendeten Fragebogen-Instrumente

Deutsche Version

Uigurische Version

Chinesische Version

Deutsche Version

Probandennummer:

Im Fragebogen geht es um Kognition, Einstellung sowie Ihr Verhalten. In manchen Fragen geht es um Essverhalten. Es gibt keine falsche oder richtige Antwort, bitte beantworten Sie die Fragen wahrheitsgemäß. Daten werden nach wissenschaftlichem Ziel bearbeitet und nicht missbraucht.

0. Allgemeine Information

0.1 Klassenummer _____ 0.2 Geschlecht _____ 0.3 Alter _____

0.4 Größe _____ 0.5 Gewicht _____ 0.6 Idealgewicht _____

	immer	oft	manchmal	wenig	gar nicht
1. In unserer Familie geht es harmonisch und friedlich zu	○	○	○	○	○
2. In unserer Familie regen wir uns schon über Kleinigkeiten auf	○	○	○	○	○
3. In unserer Familie achten wir darauf, dass jeder möglichst unabhängig und auf sich gestellt sein kann.	○	○	○	○	○
4. Bei uns ist oft die Rede davon, wie gut wir in der Schule, Studium oder Beruf abschneiden.	○	○	○	○	○
5. Wenn es bei uns mal Meinungsverschiedenheiten gibt, lassen wir es erst gar nicht zu einem großen Krach kommen	○	○	○	○	○
6. Bei uns wird Wert darauf gelegt, dass die Familie die Mahlzeiten zusammen einnimmt	○	○	○	○	○
7. Meine Familie achtet darauf, dass sich jeder von uns ordentlich ernährt	○	○	○	○	○
8. In unserer Familie wird respektiert, wenn einer von uns mal etwas anderes essen will oder andere Ernährungsgewohnheiten hat	○	○	○	○	○
9. Wenn ich etwas anderes vorhabe, kann ich auch einmal bei den gemeinsamen Familienmahlzeiten fehlen	○	○	○	○	○
10. Mein Vater und/ oder meine Mutter neigen zu Wutausbrüchen.	○	○	○	○	○
11. Ich fürchte mich davor, Übergewicht zu haben	○	○	○	○	○

12. Ich vermeide es zu essen, wenn ich hungrig bin	○	○	○	○	○
13. Ich werde vom Essen ganz in Anspruch genommen	○	○	○	○	○
14. Ich habe mich Fressanfällen hingegeben, wobei ich merkte, dass ich nicht mehr aufhören konnte zu essen.	○	○	○	○	○
15. Ich zerteile mein Essen in kleine Stücke	○	○	○	○	○
16. Ich weiß, wie viele Kalorien die Nahrungsmittel haben, die ich esse	○	○	○	○	○
17. Ich meide besonderes die Nahrungsmittel, die viele Kohlenhydrate haben	○	○	○	○	○
18. Ich spüre, dass es andere gerne sähen, wenn ich mehr essen würde.	○	○	○	○	○
19. Ich erbreche nach dem Essen	○	○	○	○	○
20. Nachdem ich gegessen habe, fühle ich mich deswegen sehr schuldig	○	○	○	○	○
21. Mich beschäftigt der Wunsch, dünner zu sein	○	○	○	○	○
22. Wenn ich in Bewegung bin, denke ich daran, wie viele Kalorien ich dabei verbrauche	○	○	○	○	○
23. Andere Menschen sind der Meinung, dass ich zu dünn bin	○	○	○	○	○
24. Mich beherrscht der Gedanke, dass ich Fett an meinem Körper habe	○	○	○	○	○
25. Ich brauche mehr Zeit als andere, um meine Mahlzeiten aufzuessen	○	○	○	○	○
26. Ich vermeide Speisen, die Zucker enthalten	○	○	○	○	○
27. Ich halte Diät (esse wenig oder nur ausgewählte Nahrungsmittel).	○	○	○	○	○
28. Ich habe das Gefühl, dass das Essen mein Leben beherrscht (meine Gedanken kreisen meistens um`s Essen).	○	○	○	○	○
29. Ich kontrolliere mein Essverhalten (was und wie viel ich esse).	○	○	○	○	○
30. Ich habe das Gefühl, dass die anderen mich zum Essen drängen.	○	○	○	○	○
31. Ich verwende zuviel Zeit und zuviele Gedanken an das Essen.	○	○	○	○	○

32. Ich fühle mich unwohl, wenn ich Süßigkeiten esse	○	○	○	○	○
33. Mein Essverhalten beschäftigt mich	○	○	○	○	○
34. Ich habe es gern, wenn mein Magen leer ist.	○	○	○	○	○
35. Ich probiere gern neues, reichhaltiges Essen aus	○	○	○	○	○
36. Nach den Mahlzeiten verspüre ich den Drang zu erbrechen	○	○	○	○	○
37. Ich empfinden meinen Bauch als zu dick	○	○	○	○	○
38. Ich wünschte, ich könnte zurückkehren in die Sicherheit meiner Kindheit (dass ich wieder eine kleines Kind sein dürfte).	○	○	○	○	○
39. Ich wünschte , ich wäre jünger.	○	○	○	○	○
40. Ich bekomme Angst, wenn meine Gefühle zu Stark ist	○	○	○	○	○
41. Ich empfinde meine Oberschenkel als zu dick	○	○	○	○	○
42. Ich fühle mich unfähig als Mensch	○	○	○	○	○
43. Ich glaube, dass mein Bauch gerade die richtige Größe hat	○	○	○	○	○
44. In meiner Familie zählen nur sehr gute Leistungen	○	○	○	○	○
45. Die glücklichste Zeit im Leben ist die Kindheit	○	○	○	○	○
46. Ich zeige offen meine Gefühle	○	○	○	○	○
47. Ich vertraue anderen.	○	○	○	○	○
48. Ich fühle mich allein in der Welt	○	○	○	○	○
49. Ich bin mit der Gestalt meines Körpers zufrieden	○	○	○	○	○
50. Im Allgemeinen habe ich das Gefühl, mein Leben unter Kontrolle zu haben	○	○	○	○	○
51. Ich bin oft verwirrt über meine wahren Gefühle	○	○	○	○	○

52. Ich wäre lieber ein Erwachsener als ein Kind	○	○	○	○	○
53. Es ist leicht für mich, mit anderen Personen zu reden.	○	○	○	○	○
54. Ich wünschte, ich wäre jemand anderer	○	○	○	○	○
55. Ich kann meine Gefühle klar voneinander unterscheiden	○	○	○	○	○
56. Ich fühle mich unzulänglich	○	○	○	○	○
57. Als Kind habe ich mich immer sehr bemüht, meine Eltern und Lehrer nicht zu enttäuschen	○	○	○	○	○
58. Ich habe enge Beziehungen zu anderen Personen	○	○	○	○	○
59. Ich mag die Form meines Hinterns	○	○	○	○	○
60. Ich weiß nicht, was in mir selbst vorgeht.	○	○	○	○	○
61. Ich habe Schwierigkeiten, anderen meine Gefühle zu zeigen	○	○	○	○	○
62. Die Anforderungen der Erwachsenwelt sind zu hoch	○	○	○	○	○
63. Ich hasse es, nicht der/die Beste zu sein	○	○	○	○	○
64. Ich fühle mich in mir geborgen/bin mir meiner selbst bewusst	○	○	○	○	○
65. Ich bin froh, dass ich kein Kind mehr bin	○	○	○	○	○
66. Ich weiß oft nicht, ob ich hungrig bin oder nicht	○	○	○	○	○
67. Ich habe keine besonderes gute Meinung von mir selbst	○	○	○	○	○
68. Ich glaube, dass ich meine Ziele erreichen kann	○	○	○	○	○
69. Meine Eltern erwarten sehr gute Leistungen von mir.	○	○	○	○	○
70. Ich habe Angst, dass meine Gefühle außer Kontrolle geraten.	○	○	○	○	○
71. Ich empfinde meine Hüften als zu breit	○	○	○	○	○

72. Ich fühle mich schon nach einer kleinen Mahlzeit aufgequollen.	○	○	○	○	○
73. Ich glaube, dass Menschen am glücklichsten sind, wenn sie Kinder sind.	○	○	○	○	○
74. Ich glaube, dass ich ein wertvoller Mensch bin	○	○	○	○	○
75. Wenn ich mich durcheinander fühle, weiß ich nicht, ob ich traurig, ängstlich oder wütend bin	○	○	○	○	○
76. Ich habe das Gefühl, ich erledige Dinge entweder perfekt oder besser gar nicht.	○	○	○	○	○
77. Ich muss andere Menschen immer in einer gewissen Entfernung halten/fühle mich unwohl, wenn jemand versucht, mir zu nahe zu kommen.	○	○	○	○	○
78. Ich glaube, dass meine Oberschenkel gerade die richtige Form haben	○	○	○	○	○
79. Ich fühle mich innerlich leer	○	○	○	○	○
80. Ich kann über persönliche Gedanken und Gefühle sprechen	○	○	○	○	○
81. Die besten Jahre im Leben sind die, wenn man erwachsen wird	○	○	○	○	○
82. Ich empfinde meinen Hintern als zu breit	○	○	○	○	○
83. Ich habe Gefühle, die ich nicht richtig einordnen kann.	○	○	○	○	○
84. Ich bin zufrieden mit der Form meiner Hüften	○	○	○	○	○
85. Ich habe sehr hohe Maßstäbe	○	○	○	○	○
86. Wenn ich mich durcheinander fühle, habe ich Angst davor, dass ich anfangen könnte zu essen.	○	○	○	○	○

87. Ich wurde wegen meiner Figur in meiner Familie kritisiert bzw. geärgert:
1.immer ○ 2.gewöhnlich ○ 3. oft ○ 4. manchmal ○ 5.selten ○ 6. nie ○

88. Ich wurde wegen meiner Figur in meiner Gleichaltrigen kritisiert bzw. geärgert:
1.immer ○ 2.gewöhnlich ○ 3. oft ○ 4. manchmal ○ 5.selten ○ 6. nie ○

89. Was denken Sie, wie wichtig es für Sie ist, eine schlanke Figur zu haben ?
1.sehr wichtig ○ 2. wichtig ○ 3. weniger wichtig ○ 4 gar nicht wichtig ○

90. Woher bekommen Sie die meisten Informationen über Figur, Gewicht und Diäten?
1.Eltern ○ 2.Peergroup ○ 3.Massenmedien ○

91. Welchen Schulabschluss hat Ihr Vater?
1.Primary school ○ 2.Juniorl Middle school ○ 3. Senior Middle school ○ 4. Bachelor/Master ○

92. Welchen Schulabschluss hat Ihre Mutter?
1.Primary school ○ 2.Juniorl Middle school ○ 3. Senior Middle school ○ 4. Bachelor/Master ○

93. Treiben Sie regelmäßig Sport, damit Sie fit bleiben?
1. Nein ○ 2 Ja ○

94. Wenn ja, wie viele Stunden wöchentlich ?
1.1-2 Stunden ○ 2.3-4 Stunden ○ 3.5-6 Stunden ○ 4.über 7 Stunden ○

95. Benutzen Sie Medikamente, um Ihr Körpergewicht zu kontrollieren?
1.Nein ○ 2.Ja ○

96. Wenn ja, wie oft benutzen Sie sie ?
1.Jeden Tag ein Mal ○ 2. Jede Woche ein Mal ○

97. Haben Sie früher Diät gehalten？
1. keine ○ 2. 1—2 Mal ○ 3.3—4 Mal ○ 4. 5—6 Male ○ 5. 7Mal oder mehr ○

98. Viele Jugendliche machen gelegentliche eine Diät . Im Verlauf der letzten 12 Monate habe ich auch eine Diät zum Abnehmen gemacht?
1.Ja, an einzelnen Tagen ○ 2.Ja, während 1-2 Wochen ○
. 3.Ja. während eines Monats ○ 4.Ja, fast das ganze Jahr hin durch ○
5.Nein, keine Diät ○

99. Ich stelle mich auf die Waage:
1. täglich ○ 2.wöchentlich ○ 3.selten ○ 4. nie ○

Uigurische Version

ظةگةر سئز ظايال بولسئتئز، Aظئمتئهان قةغئزئگة تولدذرذسئز. ظةر بولسئتئز Bظئمتئهان قةغئزئگة تولدذرذسئز.بذ سذظال جاؤابقا تةكشإرإش شةخئسلةرنئث تونذشئ،سئزنئمئ،قئلمئشئگة مذناسئؤةتلئك بولذپ بةزئ سذظاللار ظوزذقلئنئش ظادئتئگة بصرئپ تاقئلئدذ. جاؤابنئث توغرا-خاتا دصگةن ظايرئمئسئ بولمايدذ. ظةمةلئي ظةهؤالئتئزغا قاراپ جاؤاب بةرسئتئز بولئدذ.بذ جةدؤةل تةتقئق قئلئش ظإچإنلا ظئشلئتئلئدذ.باشقا ظئشلارغا قالايماقان ظئشلئتئلمةيدذ.

0. شةخئسلةرگة ظاظئت ظادةتتئكئ مةسئلئلةرنئ ظأزئتئزنئث ظةمةلئي ظةهؤالئغا ظاساسةن بوش ظورذنغا تولدذرذث:

01.سئنئپ: 02.ظوقذش نومئرئ:

03.يصشئ: 04.تةن ظصغئرلئقئ:

05.تةن ظصغئرلئقئ:

06.ظأزئ ظارزذ قئلئدئغان تةن ظصغئرلئقئ :

1- جاؤاب بصرئش كارتئسئغا ظةمةلئي ظةهؤالئتئزغا ظذيغذن كصلئدئغان تإرنئ توغرا تولدذرذث.

	تامامةن ظإيغذن	كأپ قئسمئ ظذيغذن	ظاساسةن ظذيغذن	ناهايتئ ظاز ظذيغذن	ظذيغذن ظةمةس
جاؤاب بصرئش كارتئسئدئكئ نومذر	A	B	C	D	A B
1.ظاظئلئمئزنئث كةپيئياتئ ظئناق					
2.ظاظئلئدة كئچئككئنة ظئشلار ظإچإن قئزئرئشئپ قالئمئز.					
3.ظاظئلئدة هةر كصشئنئث مذستةقئللئقئغا هأرمةت قئلئمئز.					
4.ظاظئلئدة ظإگئنئش ؤة خئزمةت ظةهؤالئمئزنئ داظئم سأزلئشئپ تذرئمئز.					

5.يئكئردة ظئختئلاپ بولسا ظذنئ ظصغئر لاشتذرؤةتمةيمئز.					
6.ظاظئلئدة هةممةيلةن بئللة ظولتذرذپ تاماق يةيمئز.					
7.ظاظئلئدة قذؤؤةتلئك ظوزذقلئننئشقا ظةهمئيةت بصئرمئز.					
8.ظاظئلئدة هةر بئر ظادةمننئث ياخشئ كأرئدئغان تامئقئ ؤة يئمةك-ظئچمةك ظادئتئنگة هأرمةت قئلئمئز.					
9.ظئشئم بويقالسا،كأپچئلئك بئلةن تاماق يئمئسةممذ بولئؤصرئدذ.					
10.ظاتا-ظانام تذيذقسئز غةزةپلئننئپ كصتئدذ.					

11.ظصغئرلئقئمننئث ظصشئپ كصتئشئدئن قورقئمةن.						
12.قورسئقئم ظصچئپ كةتسئمذ تاماق يصمةيمةن.						
13.پإتإن زصهننئم يئمةكلئك ؤة ظذننئثغا مذناسئؤةتلئك ظئشلارغا قارئتئلغان						
14.تاماقنئ جئق يةؤةتكةندة ظأزإمنئ توختذتئؤالالمايمةن.						
15.يئمةكلئكنئ پارچئلاپ يةيمةن.						
16.يةؤاتقان يصمةكلئك تةركئؤئدئكئ ظئسسئقلئق كالورئية مئقتارئنئ بئلئمةن.						
17.ظئسسئقلئق مئقتارئ يوقئرئ يئمةكلئكلةرنئ يئمةيمةن.						
18.مصننئچة باشقئلار مصننئث تصخئمذ كأپ تاماق يئيئشئمنئ ياقتذرئدذ.						
19.تاماق يئگةندئن كصيئن ياندذرؤصتئمةن.						
20.تاماقنئ كأپ يةؤةرسةم ظئزا تارتئمةن.						

21.ظأزإمنئث تصخئمذ ظورذق،زئلؤا بولذشئنئ ظارزذ قئلئمةن.						
22.هةركةت قئلسام قانچئلئك ظصننئرگئية سةرئپ قئلغانلئقئمنئ ظويئلئننئپ كأرإمةن.						
23.باشقئلار مصنئ بةك ظورذق دةپ قارايدذ.						
24.بةدئننئمنئ ماي قاپلاپ كصتئشئدئن ظةنسئرةيمةن.						
25.بئر ؤاق تاماق يئيئشئمگة باشقئلاردئنمذ كأپرةك ؤاقئت سةرئپ قئلئمةن.						
26.تاتلئق يصمةكلئكةردئن پةرهئز قئلئمةن.						
27.تاماقنئ تئزگئنلةيمةن(تاماقنئ ظاز يةيمةن ياكئ پةؤقذلاددة يئمةكلئلةرنئلا يةيمةن.						
28.يئمةكلئك مصنئ كونتئرول قئلئؤالغاندةك هصس قئلئمةن (يئمةكلئك توغرئسئدا كأپ ظويئلئننئمةن.						
29.يصمةكلئكنئ مذؤاپئق كونتئرول قئلئمةن.(يئمةكلئك تإرئ ؤة سانئنئ كونتئرول قئلئمةن.)						
30.باشقئلار مصنئ تاماق يئيئشكة زورلئغاندةك هصس قئلئمةن.						
31.تاماق يئيئشكة كأپ ؤاقئت سةرپ قئلئپ ظويلئننئمةن.						
32.تاتلئق يصمةكلئك يئسةم بئظارام بولذپ كصتئمةن.						
33.تاماق يئيئش ظادئتئم ماثا تةسئر كأرسةتتئ.						

34.ظاشقازئنئم قذرذق تذرغاندا راهەت هصس قئلئمەن.						
35.ظاجايئپ مول يصمەكلئكلەرنئ تصتئپ كأرإشنئ ياخشئ كأرئمەن.						
36.تاماق يەپ بولغاندئن كصيئنلا ياندذرغذم كصلئدذ.						
37.قورسئقئم ظأزإمگة بەك سئمئزدەك بئلئنئدذ.						
38.بالئلئق دەۋرئمئدئكئ خاتئرجەملئككة قايتسام دەپ ظويلايمەن						
39.ظأزإمنئث تصخئمذ ياشراق بولئشئمنئ ظارزذ قئلئمەن.						
40.هصسياتئم بەك كإچئيئپ كەتكەندە قورقذپ قالئمەن.						
41.پاچئقئم ظأزإمگة بەك سئمئزدەك بئلئنئدذ.						
42.ظأزإمنئ يارامسئز دەپ هصس قئلئمەن.						
43.قورسئقئمنئث چوث-كئچئكلئكئ نورمالدەك هصس قئلئمەن.						
44.ظاظئلەمدە ظإگئنئش نەتئجئسئنئ بەك مذهئم بصلئدذ.						
45.ظئنسان هاياتئدئكئ ظەث گإزەل چاغ بالئلئق دەۋر.						
46.مەن هصسياتئمنئ ظاشكارلاشقا ظامراق.						
47.مەن باشقئلارغا ظئشئنئمەن						
48.ظأزإمنئ بذ دذنيادا تەنهادەك هصس قئلئمەن.						
49.ظأزإمنئث فئگورامدئن رازئمەن.						
50.مەن تذرمذشذمنئ تئزگئنلئيەلئدئم دەپ قارايمەن.						

51.ھەقىقىي ھىسسىياتىمدىن ظاۋازىمىنى يوقىتىش قويىمەن.						
52.ظاۋازىمىنىڭ بالا ظەمەس بەلكى چوڭ ظادەم بولۇشىنى ظاۋىمىد قىلىمەن.						
53.مەن ظاچىن باشقىلار بىلەن ظالاقىلىشىش تەسكە چاشمەيدۇ.						
54.ظاۋازىمىنىڭ باشقىچە ظادەم بولۇپ قىلىشىمنى ظاۋىمىد قىلىمەن.						
55.ظاۋازىمىنىڭ ھىسسىياتى ۋە سۈزىمىمنى پەرق ظىتەلەيمەن.						
56.ظاۋازىمنى تولۇق يىتىلمىگەن دەپ قارايمەن.						
57. بالىلىق ۋاقتىمدىن تارتىپلا ظاتا- ظانام ۋە مۇظەللىمنى ظاۋىمدىسىز لەندىرمەسلىككە تىرىشاتتىم						
58.باشقىلار بىلەن مۇناسىۋەتتىم يەقىن						
59.كاسسامنىڭ شەكلىدىن رازىمەن.						
60.ظاۋازىمىنىڭ نىمە بولغانلىقىنى بىلمەيمەن.						
61.ھىسسىياتىمنىڭ باشقىلارغا ظىپادىلەشتە قىينىلىمەن.						
62.چوڭلار دۇنياسىنىڭ تەلەۋىۋەك يوقىرىۋ ظىكەن.						
63.مەن ظەڭ ياخشىۋ بولۇشنى ظاۋىمىد قىلىمەن.						
64.ظاۋازىمنى تولۇق كونترول قىلالمايمەن.						
65.ظاۋازىمىنىڭ چوڭ بولغانلىقىمدىن خوشالمەن.						
66.قورسۇقۇمنىڭ ظاچ ياكى توقلۇقىنى بىلمەيمەن.						
67.ظاۋازىمگە توغرا باھا بىرەلمەيمەن.						

68.ظأز نئشانئمغا يصتةلةيدئغانلئقئمغا ظئشئنئمةن.						
69.ظاتا-ظانام مةندئن بةك چوث ظإمئد كإتئدذ.						
70.ظأزإمنئ تذتذؤالالماسلئقئمدئن ظةنسئرةيمةن.						
71.ظأزإمگة كاسام بةك چوثدةك بئلئنئدذ.						
72.ظازراق بئر نئمة يئسةملا قذسذقذم ظصسئلئپ كةتكةندةك بولئمةن.						
73.ظئنسان هاياتئدئكئ ظةث گإزةل چاغ بالئلئق دةؤر دةپ هصس قئلئمةن.						
74.ظأزإمنئ ياراملئق ظادةم دةپ هصسابلايمةن.						
75.ظأزإم بئظارام بولغاندا،قايغذرغان قورققان ياكئ خاپا بولغانلئقئمنئ بئلمةيمةن.						
76.مصنئتچة ياكئ ظئشلئمةيلا قويذش ظئشلئگةن ظئكةن مذكةممةل ظئشلةش كصرةك.						
77.باشقئلار بئلةن مةلذم ظارلئق ساقلايمةن،باشقئلار يصقئنلئشئمةن دئسة بئظارام بولذپ كصتئمةن.						
78.مصنئتچة چئقئمئمنئث چوث كئچئكلئكئ ناهايتئ نورمال						
79.ظأزإمگة ظئچكئ دذنيايئم قذپقذرذق بئلئنئدذ.						
80.شةخسئ قارئشئم،هصسياتئم ؤة تذيغذمنئ سأزلةپ بصرةلةيمةن.						
81.چوث ظادةم بولذپ ياشاش ظئنسان هاياتئدئكئ ظةث گإزةل چاغ.						

82.ظأزإمگة كاسام بةك چوثدةك بئلئنئدذ.						
83.ظئشلارنئ تةرتئپلئك قئلالمايمةن						
84.كاسامنئث شةكلئدئن رازئمئةن						
85.ظأزإمگة تةلةپنئ يوقئرئ قويئمةن.						
86.كاللام ظصلئشئپ كةتكةندة، قوسذغذم ظاچقاندةك بولئمةن.						

87.ظأيإمدئكئلةر فئگورامنئ تةنقئد قئلئدذ ۋة زاثلئق قئلئدذ.

A.ياق B.ناهايتئ ظاز C.بةزئدة D.داظئم

BA.ظئزچئل هالدا

88.تةتتإشلئرئم فئگورامنئ تةنقئد قئلئدذ ۋة زاثلئق قئلئدذ.

A.ياق B.ناهايتئ ظاز C.بةزئدة D.داظئم

BA.ظئزچئل هالدا

89.سئز ظاچإن ظصيتقاندا،بةدئنئ ظئگئز،زئلۋا بولذش:( )

A.ظةهمئيةتسئز B.ظادةتتئكئدةك C.مذهئم D.ظئنتايئن مذهئم

90.فئگورئثئز،ظصغئرلئقئثئز ۋة تاماقنئ تئزگئنلةش ظاچذرلئرئنئ تةخسئملةيدئغان ظةث مذهئم ۋاستئلار:

A.دوستلار B.ظاخبارات ۋاستئلئرئ C.ظاتا-ظانئثئز

91.دادئثئزنئث ظوقذش تارئخئ:

A.باشلانغذچ مةكتةپ B.تولذقسئز ظوتتذرا مةكتةپ ۋة كةسپئ مةكتةپ C.تولذق ظوتتذرا مةكتةپ ۋة كةسپئ تولذق ظوتتذرا مةكتةپ D.ظالئي تصخنئكومدئن يوقئرئ

92.ظاپئثئزنئث ظوقذش تارئخئ:

A.باشلانغذچ مةكتةپ B.تولذقسئز ظوتتذرا مةكتةپ ۋة كةسپئ مةكتةپ C.تولذق ظوتتذرا مةكتةپ ۋة كةسپئ تولذق ظوتتذرا مةكتةپ D.ظالئي تصخنئكومدئن يوقئرئ

93.قارارلئق هالدا بەدەن چىنىقتۇرۇپ تۇرامسىز؟
A.ھەئە B.ياق
94.بەدەن چىنىقتۇرۇپ تۇرىدىغان بولسىڭىز،ھەپتىدە نەچچە ساەەت چىنىقىسىز؟
A.1-2ساەەت B.3-4ساەەت C.5-6ساەەت D.7-ساەەتتىن يوقىرى
95.ەەىغىرلىقىڭىزنى ەازايتىش ەەچىن دورا ەەىشلىتەمسىز؟
A.ياق B.ھەئە
96.دورا ەەىشلەتسىڭىز قانچىلىق ەەىشلىتىسىز؟
A.تەرتىپسىز B.ھەپتىدە1-6قېتىم C.كۈندە بىر قېتىم D.كۈندە نەچچە قېتىم
97.سىز ەەىلگىرى تاماقنى تىزگىنلەپ باققانمۇ؟
A.ياق B.1-2قېتىم C.3-4قېتىم D.5-6قېتىم
A7.Bقېتىم ياكى ەەىنىڭدىن ەارتۇق
98.تاماقنى تىزگىنلىشىڭىز قانچىلىك ۋاقىت داۋاملاشقان؟
A.بىر كۈن B.1-2ھەپتە C.بىر ەاي D.بىر يىل
99.ەەىغىرلىقىڭىز قانچىلىك ۋاقىتتا بىر ەألچىتىپ تۇرىسىز؟
A.ناەايىتى ەاسان B.ھەپتىدە بىر قېتىم C.كۈندە بىر قېتىم D.كۈندە نەچچە قېتىم

Chinesische Version

样本编号:

这张问卷是调查有关个体的认知、感觉、行为方式，有些问题涉及饮食习惯，答案没有对错之分，请按照您的实际情况作答。问卷仅供研究之用，不会被滥用他途。

0．个人常规问题请按您的实际情况在空白处填写：

0.1 班级_____ 0.2 学号_____ 0.3年龄_____

0.4 身高_____ 0.5体重_____ 0.6 理想体重_____

1．请在答题卡上正确填涂符合您实际情况的选项：

	完全符合	大部分符合	中等符合	很少符合	无
答题卡编号:	**A**	**B**	**C**	**D**	**AB**
1．我们的家庭气氛是和谐的	○	○	○	○	○
2．在家中我们为小事而情绪失控	○	○	○	○	○
3．在家中我们注意尊重每个人的独立性	○	○	○	○	○
4．在家中，我们经常谈论学习和工作情况	○	○	○	○	○
5．家中如果有意见分歧，大家不会让它演变成大的冲突	○	○	○	○	○
6．在家中大家重视一起进餐	○	○	○	○	○
7．我的家庭重视营养	○	○	○	○	○
8．我的家庭尊重每个人的特殊口味和饮食习惯	○	○	○	○	○
9．如果我有事，也可以不和大家一起吃	○	○	○	○	○
10．我的父亲或母亲会突然暴怒	○	○	○	○	○
11．我怕自己超重	○	○	○	○	○

12. 我饿了也不吃东西	○	○	○	○	○
13. 我的全部注意力都集中在食品,饮料和相关事务上	○	○	○	○	○
14. 开始暴食时,我觉得自己无法停止	○	○	○	○	○
15. 我把食物切成小块来吃	○	○	○	○	○
16. 我知道我吃的食物所含的卡路里数	○	○	○	○	○
17. 我避免吃高热量食物	○	○	○	○	○
18. 我觉得别人更愿意看到我吃得更多	○	○	○	○	○
19. 我吃了后会呕吐	○	○	○	○	○
20. 当我吃多时，我感到羞愧	○	○	○	○	○
21. 希望自己更瘦，苗条些这样的想法困扰着我	○	○	○	○	○
22. 如果我在运动，我会考虑我消耗了多少卡路里	○	○	○	○	○
23. 别人认为我太瘦	○	○	○	○	○
24. 身上有太多脂肪的想法困扰着我	○	○	○	○	○
25. 我需要更长时间（比别人）来吃一顿饭	○	○	○	○	○
26. 我避免含糖的食物	○	○	○	○	○
27. 我节食（减少进食量或只吃特定的食物）	○	○	○	○	○
28. 我感觉食物控制了我的生活（我反复考虑关于食物和相关的东西）	○	○	○	○	○
29. 我控制自己的饮食（食品的数量和种类）	○	○	○	○	○
30. 我觉得别人强迫我吃东西	○	○	○	○	○
31. 我花太多时间来考虑吃	○	○	○	○	○

32. 当我吃了甜食，我会感到不适	○	○	○	○	○
33. 我的饮食行为影响了我	○	○	○	○	○
34. 当我的胃是空的时，我感到舒服	○	○	○	○	○
35. 我喜欢品尝新奇，丰盛的食物	○	○	○	○	○
36. 吃完食物后我感觉立即想呕吐	○	○	○	○	○
37. 我觉得自己肚子太胖	○	○	○	○	○
38. 我希望能回到童年的安全感	○	○	○	○	○
39. 我希望自己更年轻些	○	○	○	○	○
40. 当自己感情太强烈时，我感到害怕	○	○	○	○	○
41. 我觉得自己大腿太胖	○	○	○	○	○
42. 我觉得自己无能	○	○	○	○	○
43. 我觉得自己的肚子大小正好	○	○	○	○	○
44. 在我家成绩最重要	○	○	○	○	○
45. 人生最美好的时光是童年	○	○	○	○	○
46. 我情感外露	○	○	○	○	○
47. 我信任别人	○	○	○	○	○
48. 我觉得在这世界上孤身一人	○	○	○	○	○
49. 我对自己体形满意	○	○	○	○	○
50. 我觉得，我控制了自己的生活	○	○	○	○	○
51. 我被自己真实的感情弄得不知所措	○	○	○	○	○

52. 我更希望自己是个成人而不是儿童	○	○	○	○	○
53. 对我而言与他人交往交谈并不困难	○	○	○	○	○
54. 我希望自己是另外一个人	○	○	○	○	○
55. 我能分清自己的感情、感觉	○	○	○	○	○
56. 我觉得自己不充实	○	○	○	○	○
57. 从童年时起，我就一直想不让父母、老师失望	○	○	○	○	○
58. 我与他人有亲密关系	○	○	○	○	○
59. 我对自己臀部所长状满意	○	○	○	○	○
60. 我不知道自己怎么了	○	○	○	○	○
61. 我对如何向别人表达自己的感情感到困难	○	○	○	○	○
62. 成人世界的要求太高	○	○	○	○	○
63. 我希望成为最好	○	○	○	○	○
64. 我觉得能完全控制自己	○	○	○	○	○
65. 我很高兴自己不再是孩子	○	○	○	○	○
66. 我不知自己是饿还是饱	○	○	○	○	○
67. 我对自己没有正确的评价	○	○	○	○	○
68. 我相信自己可以达到所订的目标	○	○	○	○	○
69. 父母亲对我有很高的期望	○	○	○	○	○
70. 我担心自己情绪失控	○	○	○	○	○
71. 我感觉自己臀部太宽	○	○	○	○	○

72. 少量进食后我就觉得自己膨胀起来	○	○	○	○	○
73. 我觉得人生最美好的时光是在童年	○	○	○	○	○
74. 我觉得自己是个有价值的人	○	○	○	○	○
75. 当自己感到混乱不堪时，我不知道自己是伤心、害怕还是生气	○	○	○	○	○
76. 我认为，要么不干，要么干得完美	○	○	○	○	○
77. 我必须与其他人保持距离，当有人想接近我时，我感到不舒服	○	○	○	○	○
78. 我觉得自己的大腿大小正好	○	○	○	○	○
79. 我觉得自己内心空虚	○	○	○	○	○
80. 我可以谈论个人想法、感情或感觉	○	○	○	○	○
81. 成人是人生最美好的时光	○	○	○	○	○
82. 我感觉自己臀部太宽	○	○	○	○	○
83. 我觉得自己不能条理地行事	○	○	○	○	○
84. 我对自己臀部满意	○	○	○	○	○
85. 我有很高标准	○	○	○	○	○
86. 当我感到自己头脑混乱时，我担心可能开始进食	○	○	○	○	○

87. 家里人批评和嘲笑我的体形

A. 无 ○　B. 很少 ○　C. 有时 ○　D. 经常 ○　AB. 一直 ○

88. 同龄人批评和嘲笑我的体形

A. 无 ○　B. 很少 ○　C. 有时 ○　D. 经常 ○　AB. 一直 ○

89. 对您来说，身材修长，苗条是？

A. 无意义 ○　B. 一般 ○　C. 重要 ○　D. 非常重要 ○

90. 您关于体形，体重和节食信息的最重要的渠道是？

A. 朋友 ○　B. 媒体 ○　C. 父母 ○

91. 您父亲的学历？

A. 小学 ○　　B. 初中及职校 ○　　C. 高中及职高 ○　　D. 大专及以上 ○

92. 您母亲的学历？

A. 小学 ○　　B. 初中及职校 ○　　C. 高中及职高 ○　　D. 大专及以上 ○

93. 您是否定期参加体育锻炼？

A. 否 ○　　B. 是 ○

94. 如果是，每周多少小时？

A. 1—2小时 ○　　B. 3—4小时 ○　　C. 5—6小时 ○　　D. 超过7个小时 ○

95. 您是否使用药物来减轻体重？

A. 否 ○　　B. 是 ○

96. 如果是，多长时间服用？

A. 无规律 ○　　B. 一周1—6次 ○　　C. 一天一次 ○　　D. 一天多次 ○

97. 您是否以前节过食？

A. 无 ○　　B. 1—2次 ○　　C. 3—4次 ○　　D. 5—6次 ○　　D. 7次以及以上 ○

98. 您的节食持久多长时间？

A. 一天 ○　　B. 1—2周 ○　　C. 1个月 ○　　D. 1年 ○

99. 您多长时间称一次体重？

A. 很少 ○　　B. 一周一次 ○　　C. 一天一次 ○　　D. 一天多次 ○

Anhang 2:
Die ursprünglichen Fragebogen-Instrumente

Eating Attitudes Test

Eating-Disorder-Inventory (EDI)

Das Klima in der Herkunftsfamilie

Modul 5L

Eating Attitudes Test - EAT (Garner & Garfinkel, 1979)

Instruction

Please place an (X) under the column which applies best to each of the numbered statements. All of the results will be *strictly* confidential. Most of the questions directly relate to food or eating, although other types of questions have been included. Please answer each question carefully. Thank you.

	Always	Very often	Often	Sometimes	Rarely	Never
1. Like eating with other people.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
2. Prepare foods for others but do not eat what I cook.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
3. Become anxious prior to eating.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
4. Am terrified about being overweight.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
5. Avoid eating when I am hungry.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
6. Find myself preoccupied with food.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
7. Have gone on eating binges where I feel that I may not be able to stop.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
8. Cut my food into small pieces.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
9. Aware of the calorie content of foods that I eat.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
10. Particularly avoid foods with a high carbohydrate content (e.g. bread, potatoes, rice, etc).	( )	( )	( )	( )	( )	( )
11. Feel bloated after meals.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
12. Feel that others would prefer if I ate more.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
13. Vomit after I have eaten.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
14. Feel extremely guilty after eating.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
15. Am preoccupied with a desire to be thinner.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
16. Exercise strenuously to burn off calories.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
17. Weigh myself several times a day.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
18. Like my clothes to fit tightly.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
19. Enjoy eating meat.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
20. Wake up early in the morning.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
21. Eat the same foods day after day.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
22. Think about burning up calories when I exercise.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
23. Have regular menstrual periods.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
24. Other people think that I am too thin.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
25. Am preoccupied with the thought of having fat on my body.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
26. Take longer than others to eat my meals.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
27. Enjoy eating at restaurants.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
28. Take laxatives.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
29. Avoid foods with sugar in them.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
30. Eat diet foods.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
31. Feel that food controls my life.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
32. Display self control around food.	( )	( )	( )	( )	( )	( )

	Always	Very often	Often	Sometimes	Rarely	Never
33. Feel that others pressure me to eat.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
34. Give too much time and thought to food.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
35. Suffer from constipation.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
36. Feel uncomfortable after eating sweets	( )	( )	( )	( )	( )	( )
37. Engage in dieting behavior.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
38. Like my stomach to be empty.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
39. Enjoy trying new rich foods.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
40. Have the impulse to vomit after meals.	( )	( )	( )	( )	( )	( )

Note :
With exception of the negatively keyed items (1, 18,19, 23, 27, 39), 'always' is the most anorectic response and earns a score of 3; the immediately adjacent response is scored 2 points, and the next response 1, while the other three choices are considered 'normal' (score of zero). So the maximum score on the EAT-40 is 120 (78 for the EAT-26).

EAT-26*

Factors	*Items*
I . Dieting	4, 9, 10, 14, 15, 22, 25, 29, 30, 36, 37, 38, 39
II . Bulimia and Food Preoccupation	6, 7, 13, 31, 34, 40
III. Oral Control	5, 8, 12, 24, 26, 32, 33

* Garner, Olmsted, Bohr & Garfinkel (1982)

Mean EAT variable scores for anorexia nervosa (AN) versus female comparison (FC) groups and bulimic (B) versus restricter (R) groups

	AN (N = 160)		FC (N = 140)			
	Mean	(S.D.)	Mean	(S.D.)	t value	P value
EAT-40	52·9	(23·0)	15·4	(11·0)	18·25	< 0·0001
EAT-26	36·1	(17·0)	9·9	(9·2)	16·90	< 0·0001
Factor I	19·9	(10·9)	7·1	(7·2)	12·13	< 0·0001
Factor II	8·0	(5·2)	1·0	(2·1)	15·65	< 0·0001
Factor III	8·3	(5·8)	1·9	(2·1)	12·91	< 0·0001

	AN (B) (N = 83)		AN (R) (N = 77)			
	Mean	(S.D.)	Mean	(S.D.)	t value	P value
EAT-40	55·5	(21.0)	50·1	(24·9)	0·49	NS
EAT-26	38·4	(15·0)	33·7	(18·7)	0·46	NS
Factor I	20·8	(10·1)	18·8	(11·8)	0·42	NS
Factor II	10·6	(4·8)	5·2	(4·1)	7·78	< 0·0001
Factor III	7·0	(5·7)	9·7	(5·5)	−3·12	< 0·002

Norms: raw scores corresponding to percentiles for the EAT-26 and EAT-40 for anorexia nervosa (AN) and female comparison (FC) groups

	Factor I		Factor II		Factor III		EAT-26		EAT-40	
Percentile	AN	FC	AN	FC	AN	FC	AN	FC	AN	FC
99	38	26	B*17 R 13	8	B 20 R 18	8	69	37	99	49
90	34	18	B 16 R 11	4	B 16 R 17	5	58	23	83	31
80	29	14	B 15 R 9	2	B 12 R 16	4	50	18	73	24
70	27	9	B 13 R 8	1	B 10 R 13	3	46	14	66	19
60	24	6	B 12 R 7		B 8 R 11	2	42	9	60	15
50	21	4	B 11 R 5		B 5 R 10	1	36	6	52	11
40	17	3	B 10 R 3	0	B 4 R 8		32	5	46	9
30	13	2	B 8 R 1		B 3 R 7		28	4	40	8
20	8		B 6 R 0		B 1 R 5	0	21	2	31	6
10	4	0	B 3 R		B 0 R 2		11	1	19	5
1	0		B 0 R		B R 0		1	0	6	0
Reliability coefficient	0·90	0·86	0·84	0·61	0·83	0·46	0·90	0·83	0·92	0·83

*B, bulimic AN; R, restricter AN.

Reprinted from Garner, Olmsted, Bohr & Garfinkel (1982)

(Quelle Vandereycken, Meermann 1984, S.31-34)

Eating Disorder Inventory (EDI)

Instructions :

This is a scale which measures a variety of attitudes, feelings and behaviors.Some of the items relate to food and eating. Others ask you about your feelings about yourself. There are no right or wrong answers, so try very hard to be completely honest in your answers. Results are completely confidential. Read each question and place an (X) under the column which applies best for you. Please answer each question very carefully. Thank you.

	Always	Usually	Often	Sometimes	Rarely	Never
1.*I eat sweets and carbohydrates without feeling nervous.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
2. I think that my stomach is too big.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
4. I eat when I am upset.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
5. I stuff myself with food.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
6. I wish that I could be younger.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
7. I think about dieting.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
8. I get frightened when my feelings are too strong.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
9. I think that my thighs are too large.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
10. I feel ineffective as a person.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
11. I feel extremely guilty after overeating.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
12.*I think that my stomach is just the right size.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
13. Only outstanding performance is good enough in my family.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
14. The happiest time in life is when you are a child.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
15.*I am open about my feelings.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
16. I am terrified of gaining weight.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
17.*I trust others.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
18. I feel alone in the world.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
19.*I feel satisfied with the shape of my body.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
20.*I feel generally in control of things in my life.						
21. I get confused about what emotion I am feeling.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
22.*I would rather be an adult than a child.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
23.*I can communicate with others easily.						
24. I wish I were someone else.	( )	( )	( )	( )	( )	( )

	Always	Very often	Often	Sometimes	Rarely	Never
25. I exaggerate or magnify the importance of weight.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
26.*I can clearly identify what emotion I am feeling.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
27. I feel inadequate.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
28. I have gone on eating binges where I have felt that I could not stop.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
29. As a child, I tried very hard to avoid disappointing my parents and teachers.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
30.*I have close relationships.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
31.*I like the shape of my buttocks.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
32. I am preoccupied with the desire to be thinner.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
33. I don't know what's going on inside me.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
34. I have trouble expressing my emotions to others.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
35. The demands of adulthood are too great.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
36. I hate being less than best at things.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
37.*I feel secure about myself.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
38. I think about bingeing (overeating).	( )	( )	( )	( )	( )	( )
39.*I feel happy that I am not a child anymore.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
40. I get confused as to whether or not I am hungry.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
41. I have a low opinion of myself	( )	( )	( )	( )	( )	( )
42.*I feel that I can achieve my standards.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
43. My parents have expected excellence of me.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
44. I worry that my feelings will get out of control.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
45. I think my hips are too big.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
46. I eat moderately in front of others and stuff myself when they're gone.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
47. I feel bloated after eating a small meal.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
48. I feel that people are happiest when they are children.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
49. If I gain a pound, I worry that I will keep gaining.	( )	( )	( )	( )	( )	( )

	Always	Usually	Often	Sometimes	Rarely	Never
50.*I feel that I am a worthwhile person.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
51. When I am upset, I don't know if I am sad, frightened or angry.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
52. I feel that I must do things perfectly or not do them at all.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
53. I have the thought of trying to vomit in order to lose weight.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
54. I need to keep people at a certain distance (feel uncomfortable if someone tries to get too close).	( )	( )	( )	( )	( )	( )
55.*I think that my thighs are just the right size.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
56. I feel empty inside (emotionally)	( )	( )	( )	( )	( )	( )
57.*I can talk about personal thoughts or feelings.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
58.*The best years of your life are when you become an adult.						
59. I think by buttocks are too large.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
60. I have feelings I can't quite identify.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
61. I eat or drink in secrecy.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
62.*I think that my hips are just the right size.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
63. I have extremely high goals.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
64. When I am upset, I worry that I will start eating.	( )	( )	( )	( )	( )	( )

Note :

The EDI test format and scoring are similar to those for the EAT (see Appendix 1-2). The most extreme 'anorectic' response ('always' or 'never' depending on the keyed direction; * = negatively keyed item) earns a score of 3, the immediately adjacent response 2, the next response 1, and the three choices opposite to the most 'anorectic' response receive no score (0). Subscale scores are the summation of all item scores for that particular subscale. The total maximum score is 192.

Items Corresponding to Subscales on the EDI

Subscales (maximum score)	*Items*
Drive for Thinness (21)	1*, 7, 11, 16, 25, 32, 49
Bulimia (21)	4, 5, 28, 38, 46, 53, 61
Body Dissatisfaction (27)	2, 9, 12*, 19*, 31*, 45, 55*, 59, 62*
Ineffectiveness (30)	10, 18, 20*, 24, 27, 37*, 41, 42*, 50*, 56
Perfectionism (18)	13, 29, 36, 43, 52, 63
Interpersonal Distrust (21)	15*, 17*, 23*, 30*, 34, 54, 57*
Interoceptive Awareness (30)	8, 21, 26*, 33, 40, 44, 47, 51, 60, 64
Maturity Fears (24)	3, 6, 14, 22*, 35, 39*, 48, 58*

*Negatively keyed items

Mean Scale Scores for Anorexia Nervosa and Female Comparison Groups

	Anorexia nervosa (N = 129)		Female comparison (N = 770)	
	Mean	(SD)	Mean	(SD)
Drive for thinness	15.2	(5.3)	5.0	(5.3)
Bulimia	R = 2.2[a]	(3.8)	1.8	(3.1)
	B = 11.2	(5.5)		
Body dissatisfaction	R = 13.8	(7.1)	9.8	(7.6)
	B = 17.4	(8.0)		
Ineffectiveness	13.9	(8.0)	2.1	(3.6)
Perfectionism	9.9	(5.1)	5.6	(4.0)
Interpersonal distrust	7.4	(5.1)	2.3	(2.9)
Interoceptive awareness[b]	12.3	(7.0)	2.3	(3.5)
Maturity fears[b]	5.9	(5.4)	2.3	(2.4)

[a]R = restricters (N = 56); B = bulimics (N = 73). When bulimic and restricter subgroups do not differ significantly on subscale scores, only total group means are reported.
[b]Anorexia nervosa (N = 49), female comparison (N = 273).

Reprinted from Garner, Olmsted & Polivy (1983b)

(Quelle Vandereycken, Meermann 1984, S.34-39)

Das Klima in der Herkunftsfamilie

		trifft gar nicht zu	wenig zu	mittel mäßig zu	über-wie-gend zu	völlig zu
B1.	In unserer Familie geht es harmonisch und friedlich zu.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
B2.	In unserer Familie regen wir uns schon über Kleinigkeiten auf.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
B3.	In unserer Familie achten wir darauf, daß jeder möglichst unabhängig und auf sich gestellt sein kann.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
B4.	Bei uns ist oft die Rede davon, wie gut wir in der Schule, Studium oder Beruf abschneiden.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
B5.	Wenn es bei uns mal Meinungsverschiedenheiten gibt, lassen wir es erst gar nicht zu einem großen Krach kommen.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
B6.	Bei uns wird Wert darauf gelegt, daß die Familie die Mahlzeiten zusammen einnimmt.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
B7.	Meine Familie achtet darauf, daß sich jeder von uns ordentlich ernährt.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
B8.	In unserer Familie wird respektiert, wenn einer von uns mal etwas anderes essen will oder andere Ernährungsgewohnheiten hat.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
B9.	Wenn ich etwas anderes vorhabe, kann ich auch einmal bei den gemeinsamen Familienmahlzeiten fehlen.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
B 10.	Mein Vater und/ oder meine Mutter neigen zu Wutausbrüchen.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
B 11.	Wenn mal etwas in der Wohnung, im Garten oder am Auto zu reparieren ist, dann macht das in der Regel mein Vater.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
B 12.	Mein Vater ist mit seinem Beruf sehr beschäftigt, so daß sich meine Mutter mehr um die Familie kümmert.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
B 13.	In der Regel macht meine Mutter die Hausarbeit (Wäsche waschen, Wohnung reinigen, kochen).	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

B14. Wichtige Entscheidungen (Neuanschaffungen, Urlaubsziele,...) werden in meiner Herkunftsfamilie am häufigsten getroffen von

☐ VATER 1 ☐ MUTTER 2 ☐ Vater und Mutter gleichberechtigt 3 ☐ allen zusammen 4

(Quelle Aschenbrenner 2002)

Modul 5 L

Universität Göttingen
Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie
Ambulanz für Familientherapie und für Ess-Störungen
BundesFachverband Ess-Störungen (BFE)

bitte die Antworten aufschreiben.

3. HÖCHSTER BERUFSABSCHLUSS

o noch in (Berufs-) Ausbildung
o Lehre
o Meisterin
o Fachhochschul- /Hochschulabschluss
o ohne Abschluss
o sonstiger Abschluss _____

5. ERWERBSTÄTIGKEIT

o Vollzeit erwerbstätig
o Teilzeit erwerbstätig
o nicht erwerbstätig

6. HAUPTEINKOMMENSQUELLE

o Einkommen durch Arbeit / Rente
o Unterstützung durch Eltern
o Unterhalt durch Ehegatten /partner(in)
o Arbeitslosengeld/-hilfe
o Sozialhilfe
o BAFöG
o sonstiges _____

8. RELIGIONSZUGEHÖRIGKEIT

o evangelisch
o römisch-katholisch
o andere (bitte eintragen:) _____
o konfessionslos

(Quelle Reich Fragebogen Modul 5 L)

Verwendete Abkürzungen

BMI----------Body-Maß-Index, gemessen in kg/m²

DSM----------Diagnostic and statistical Manuel of mental Disorders

EAT----------Eating attitudes Test

EDI----------Eating Disorder Inventory

ICD----------International classifikation of Diseases-10

N----------Anzahl

SD----------Standardabweichung

SPSS----------Statistical package for the social sciences

Danksagung

Bei der Fertigung dieser Arbeit wurde mir Unterstützung von vielen Seiten zuteil.

Mein besonderer Dank gilt:

-den Schüler/innen, Studenten/innen sowie Schulverwaltungen für die Bereitschaft, bei dieser Studie mitzuwirken.

-Frau Prof. Dr. Christina Krause, die mir ein interessantes Thema überlassen hat und viele neue Ideen in die Arbeit gebracht hat. Trotz meiner Sprachschwierigkeiten ist, hat sie nicht einfach aufgegeben, sondern sie hat sich lange kritisch um die Verbesserung des Manuskripts bemüht.

-Herrn Prof. Dr. Günter Reich, der mich in die Erforschung von Essstörungen eingeführt und langjährige gefördert hat, sowie fachlich fundiert und sorgfältig die Erstellung der Arbeit betreut hat.

-Herrn Bruno Bodenstein, Frau Carmen Hesse, Herrn Dipl.-Psych. Dietmar Goelitz, Frau Dipl-Päd Antje Schmidt, die mir bei der Korrektur langjährig geholfen haben.

Ich möchte mich auch beim deutschen Volk bedanken, das mir mein Studium und meine Promotion durch die Steuer von jedem Deutschen finanziert hat.

Und

meinem Vater, Herrn Prof. Dipl.-Phys. Chunkan Tao, meiner Mutter Frau Ying Wang, meiner Schwester Frau. Rui Tao, meiner Frau Mag.-Päd.Ying Pan sowie unserer Tochter Naique, die mich während der ganzen Zeit begleiteten und unterstützten, euretwegen konnte ich so weit gehen.

Göttingen, im Juni 2008 Zhuoli Tao

Lebenslauf

Name:	Zhuoli Tao
Geburtsdatum:	24.01.1974
Geburtsort:	Sichuan, China
Familienstand:	verheiratet, ein Kind

Bildungsweg

1980-1992	Schulbildung in Nanjing
1992	Abitur am Gymnasium an der Nanjing Science and Technology University, Naning
1992-1995	Studium der Wirtschaftsinformatik an der Nanjing Science and Technology University, Naning
1996-1998	Deutsch Kolleg an der Tongji Universität, Shanghai
1998-1999	Studium der Volkswirtschaftslehre an der Universität Göttingen
1999-2005	Fachwechsel Studium der Pädagogik, Wirtschafts-Sozialpsychologie, Sozialpolitik an der Universität Göttingen
Februar 2005	Magister
2005-2008	Promotion in Pädagogik

Selbständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen stammenden direkt oder indirekt übernommenen Daten und Fragebogen sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet.

Ich versichere, dass ich für die inhaltliche Erstellung der vorliegenden Arbeit nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- und Beratungsdiensten (Promotionsberater oder anderer Personen) in Anspruch genommen habe. Niemand hat von mir unmittelbare oder mittelbare geldwerte Leistungen für Dienstleistungen erhalten, die mit dem Inhalt der vorliegenden Dissertation in Zusammenhang stehen.

Göttingen, den 17.06.2008

Zhuoli Tao