

# **Weight Bias Internalization Scale**

## **Deutsche Version**

Anja Hilbert

Diese Publikation ist lizenziert unter den Bedingungen der „Creative Commons License Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International“ (CC BY-NC-ND 4.0). Sie darf gemäß der Bestimmungen nicht-kommerziell genutzt und weiterverbreitet werden, zitiert als: Hilbert, A. (2021). Weight Bias Internalization Scale. Deutsche Version. Universität Leipzig: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bsz:15-qucosa2-768539>

## **Einleitung**

Die Weight Bias Internalization Scale (WBIS; Durso & Latner, 2008) ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erfassung negativer gewichtsbezogener Selbststereotypisierung. Gewichtsbezogene Stigmatisierung umfasst die soziale Abwertung und Diskriminierung von Menschen auf Basis ihres Gewichts (Goffman, 2014). Negative gewichtsbezogene Stereotype umfassen beispielsweise eine Charakterisierung von Menschen mit Übergewicht als faul, undiszipliniert oder willensschwach. Der Entwicklung der WBIS liegt die Beobachtung zugrunde, dass Menschen, die gewichtsbezogene Stigmatisierung erfahren, die Tendenz haben, dieses Stigma zu internalisieren, d. h. auf sich anzuwenden und sich selbst entsprechend zu stereotypisieren (Hilbert & Puls, 2019). Eine Internalisierung des gewichtsbezogenen Stigmas oder Selbststigmatisierung geht häufig mit erhöhter Psychopathologie und beeinträchtigter Lebensqualität der Betroffenen einher.

Die 11 Items der WBIS wurden anhand etablierter Maße für gewichtsstigmatisierende Einstellungen und Internalisierung von Stigmata (z. B. gegenüber Homosexualität) formuliert und auf die Internalisierung des gewichtsbezogenen Stigmas angepasst. Während sich die WBIS ursprünglich auf die Internalisierung des Stigmas gegenüber Übergewicht bezog, wurde sie von Pearl und Puhl (2014) auf das Körpergewicht allgemein angepasst (WBIS-M, Modified Weight Bias Internalization Scale), um Anwendungen über das gesamte Gewichtsspektrum hinweg zu ermöglichen. Dabei wurde in den Items das Wort Übergewicht durch das Wort Gewicht ersetzt, ohne weitere inhaltliche Veränderungen vorzunehmen. Die WBIS erfragt u. a. die Ablehnung des eigenen Gewichts, Wunsch nach Veränderung, Einfluss des wahrgenommenen Gewichts auf die Stimmung und die Selbstwertrelevanz des Gewichts.

## **Die deutsche Version der WBIS**

Die autorisierte deutschsprachige Übersetzung der WBIS wurde entsprechend der Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation für konzeptuell äquivalente und kulturell adaptierte Übersetzungen erstellt und durch eine Reübersetzungsprozedur durch einen unabhängigen Übersetzer kontrolliert (Hilbert, Baldofski et al., 2014). Auf dieser Grundlage wurde anschließend die deutschsprachige WBIS-M erstellt. Von letzterer wurde für epidemiologische Anwendungen eine 3-Item-Kurzform, die WBIS-3, abgeleitet (Kliem et al., 2020).

## **Auswertung**

Jedes der ursprünglich 11 Items von WBIS und WBIS-M wird auf einer 7-stufigen Likert-Skala von 1 = *stimme überhaupt nicht zu* bis 7 = *stimme voll und ganz zu* eingeschätzt. Die Items 1 und 9 sind revers kodiert, was für die Auswertung eine Umkodierung erforderlich macht. Für die Auswertung wird ein Gesamtmittelwert errechnet. Eine Validierungsstudie von Roberto et

al. (2012) empfahl, den Gesamtmittelwert zur Sicherstellung der Unidimensionalität auf der Grundlage von 10 anstelle von 11 Items zu berechnen. Dementsprechend wird für WBIS und WBIS-M der Gesamtmittelwert für die Items 2 bis 11 berechnet (d. h. ohne das positiv formulierte Item 1 zum Kompetenzgefühl). Analog wird für die WBIS-3, bestehend aus den Items 3, 5 und 6 der WBIS-M, ein Gesamtmittelwert berechnet.

### ***Psychometrische Gütekriterien***

Eine Validierung der deutschsprachigen WBIS an einem bevölkerungsrepräsentativen Survey von N = 1158 Personen ab 14 Jahren mit Übergewicht und Adipositas zeigte für die 10-Item-Version einen geringen Anteil fehlender Werte (4.83%), mittlere Itemschwierigkeiten ( $.27 \leq p_m \leq .53$ ), mittlere bis hohe Trennschärfen ( $.47 \leq r_{it} \leq .78$ ) und eine optimale Itemhomogenität ( $r = .50$ ; Hilbert, Baldofski et al., 2014). Die interne Konsistenz des Gesamtmittelwerts war exzellent (Cronbach's  $\alpha = .91$ ). Eine konfirmatorische Faktorenanalyse bestätigte die Unidimensionalität der 10-Item-Version. Konvergente Validität wurde gezeigt, indem die WBIS nicht nur deutlich mit Selbstbeurteilungsfragebögen zu depressiven und somatoformen Symptomen assoziiert war, sondern die Varianz in letzteren Maßen über den Body Mass Index (BMI,  $\text{kg}/\text{m}^2$ ) hinaus substantiell aufklärte. Die Internalisierung des gewichtsbezogenen Stigmas war bei Frauen stärker ausgeprägt als bei Männern, bei Personen mit Adipositas im Vergleich zu jenen mit Übergewicht und bei jenen mit geringerer im Vergleich zu höherer Bildung bzw. Einkommen. Geschlechtsspezifische Normen für Übergewicht wurden angegeben. Weitere Studien an der Allgemeinbevölkerung belegten negative Assoziationen der WBIS mit gesundheitsbezogener Lebensqualität, Selbstwert und Self-Compassion sowie einer größeren Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens (Hilbert, Braehler et al, 2014; Hilbert et al., 2015).

Für klinische Populationen bestätigte eine Validierungsstudie an N = 78 Patienten mit schwerer Adipositas vor Adipositaschirurgie eine gute interne Konsistenz der WBIS (Cronbach's  $\alpha = .84$ ) und zeigte deutliche Assoziationen mit Beeinträchtigungen in Selbstwert, Körperbild und Lebensqualität sowie mit depressiven und Angstsymptomen (Hübner et al., 2016). Die WBIS war mit dem konzeptverwandten Weight Self-Stigma Questionnaire (Lillis et al., 2009) korreliert, zeigte sich ihm jedoch in einigen Kennwerten überlegen. In ähnlicher Weise wies die WBIS bei N = 240 Patienten mit schwerer Adipositas vor Adipositaschirurgie eine gute interne Konsistenz (Cronbach's  $\alpha = .86$ ) und positive Assoziationen mit der Essstörungspsychopathologie, Food Addiction, Essen in Abwesenheit von Hunger, emotionalem Essen sowie emotionaler Dysregulation auf (Baldofski et al., 2016).

Bei N = 90 12-20jährigen Adoleszenten erzielte die WBIS-M eine gute interne Konsistenz (Cronbach's  $\alpha = .86$ ; Pöttsch et al., 2018). Erwartungsgemäß zeigten sich höhere Ausprägungen der WBIS-M bei Adoleszenten mit Binge-Eating-Störung im Vergleich zu Kontrollgruppen mit Übergewicht und Normalgewicht und ohne diese Essstörung. Die Internalisierung des gewichtsbezogenen Stigmas war um so stärker, je häufiger die Adoleszenten gewichtsbezogene Kritik seitens der Eltern erlebt hatten, und ging mit vermehrter Essstörungspsychopathologie einher.

Die auf der Grundlage von unabhängigen bevölkerungsrepräsentativen Surveys Reliabilitätsmaximierend erstellte (N = 1092) und validierte WBIS-3 (N = 2513) zeigte eine exzellente interne Konsistenz insgesamt (Cronbach's  $\alpha = .92$ ) sowie bei Übergewicht speziell (Cronbach's  $\alpha = .91$ ; Kliem et al., 2020). Messinvarianz war für Geschlecht, Alter und Gewichtsstatus sowie für Erfahrungen gewichtsbezogener Diskriminierung gegeben. Die WBIS-3 war deutlich mit depressiven, Angst- und Essstörungssymptomen, höherem BMI sowie erfahrener gewichtsbezogener Diskriminierung assoziiert. Aufgrund von Unterschieden nach Geschlecht und Gewichtsstatus wurden geschlechts- und übergewichtsspezifische Normen abgeleitet.

Diese Ergebnisse, die mit dem internationalen Forschungsstand übereinstimmen, sprechen für die Güte der deutschen Version der WBIS in der Allgemeinbevölkerung sowie in klinischen Populationen mit Adipositas und Essstörungen wie der Binge-Eating-Störung. Weitere Forschung insbesondere zu den psychometrischen Eigenschaften in speziellen Gruppen, zur Stabilität, Änderungssensitivität sowie prädiktiven Validität steht aus.

## **Literatur**

- Baldofski, S., Rudolph, A., Tigges, W., Herbig, B., Jurowich, C., Kaiser, S., Dietrich, A., & Hilbert, A. (2016). Weight bias internalization, emotion dysregulation, and non-normative eating behaviors in prebariatric patients. *International Journal of Eating Disorders, 49*(2), 180–185. <https://doi.org/10.1002/eat.22484>
- Durso, L. E., & Latner, J. D. (2008). Understanding self-directed stigma: development of the weight bias internalization scale. *Obesity, 16 Suppl 2*, S80–S86. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.448>
- Goffman, E. (2014) *Stigma*. New York: Touchstone.
- Hilbert, A., Baldofski, S., Zenger, M., Löwe, B., Kersting, A., & Braehler, E. (2014). Weight Bias Internalization Scale: psychometric properties and population norms. *PloS One, 9*(1), e86303. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0086303>
- Hilbert, A., Braehler, E., Haeuser, W., & Zenger, M. (2014). Weight bias internalization, core self-evaluation, and health in overweight and obese persons. *Obesity, 22*(1), 79–85. <https://doi.org/10.1002/oby.20561>
- Hilbert, A., Braehler, E., Schmidt, R., Löwe, B., Häuser, W., & Zenger, M. (2015). Self-compassion as a resource in the self-stigma process of overweight and obese individuals. *Obesity Facts, 8*(5), 293–301. <https://doi.org/10.1159/000438681>
- Hilbert, A. & Puls, H.-C. (2019). Adipositas und Stigmatisierung. In M. de Zwaan, S. Herpertz & S. Zipfel (Eds.), *Psychosoziale Aspekte der Adipositas-Chirurgie* (S. 67-86). Berlin: Springer.
- Hübner, C., Schmidt, R., Selle, J., Köhler, H., Müller, A., de Zwaan, M., & Hilbert, A. (2016). Comparing self-report measures of internalized weight stigma: The Weight Self-Stigma Questionnaire versus the Weight Bias Internalization Scale. *PloS One, 11*(10), e0165566. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0165566>
- Kliem, S., Puls, H. C., Hinz, A., Kersting, A., Brähler, E., & Hilbert, A. (2020). Validation of a three-item short form of the Modified Weight Bias Internalization Scale (WBIS-3) in the German population. *Obesity Facts, 13*(6), 560–571. <https://doi.org/10.1159/000510923>
- Lillis, J., Luoma, J. B., Levin, M. E., & Hayes, S. C. (2010). Measuring weight self-stigma: The Weight Self-stigma Questionnaire. *Obesity, 18*(5), 971–976. <https://doi.org/10.1038/oby.2009.353>
- Pearl, R. L., & Puhl, R. M. (2014). Measuring internalized weight attitudes across body weight categories: validation of the Modified Weight Bias Internalization Scale. *Body Image, 11*(1), 89–92. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.09.005>
- Pöttsch, A., Rudolph, A., Schmidt, R., & Hilbert, A. (2018). Two sides of weight bias in adolescent binge-eating disorder: Adolescents' perceptions and maternal attitudes.

*International Journal of Eating Disorders*, 51(12), 1339–1345. <https://doi.org/10.1002/eat.22982>

Roberto, C. A., Sysko, R., Bush, J., Pearl, R., Puhl, R. M., Schvey, N. A., & Dovidio, J. F. (2012). Clinical correlates of the weight bias internalization scale in a sample of obese adolescents seeking bariatric surgery. *Obesity*, 20(3), 533–539. <https://doi.org/10.1038/oby.2011.123>

## Modified Weight Bias Internalization Scale

Bitte geben Sie für die folgenden Aussagen an, inwiefern diese auf Sie zutreffen.

	stimme über- haupt nicht zu	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	weder noch	stimme eher zu	stimme zu	stimme voll und ganz zu
1. Trotz meines Gewichts fühle ich mich genauso kompetent wie jeder andere.	1	2	3	4	5	6	7
2. Ich bin weniger attraktiv als die meisten anderen Leute aufgrund meines Gewichts.	1	2	3	4	5	6	7
3. Aufgrund meines Gewichts bin ich beunruhigt darüber, was andere Leute über mich denken könnten.	1	2	3	4	5	6	7
4. Ich wünschte, ich könnte mein Gewicht drastisch ändern.	1	2	3	4	5	6	7
5. Wenn ich viel über mein Gewicht nachdenke, fühle ich mich niedergeschlagen.	1	2	3	4	5	6	7
6. Ich hasse mich für mein Gewicht.	1	2	3	4	5	6	7
7. Mein Gewicht hat einen starken Einfluss darauf, wie ich mich als Person bewerte.	1	2	3	4	5	6	7
8. Aufgrund meines Gewichts verdiene ich kein erfüllendes soziales Leben.	1	2	3	4	5	6	7
9. Mir geht es gut mit meinem Gewicht.	1	2	3	4	5	6	7
10. Wegen meines Gewichts bin ich nicht ich selbst.	1	2	3	4	5	6	7
11. Aufgrund meines Gewichts kann ich nicht nachvollziehen, dass eine attraktive Frau/ ein attraktiver Mann mit mir ausgehen würde.	1	2	3	4	5	6	7