

Eßstörungen bei Männern

Charakteristika des Verlaufs von
Anorexia nervosa und Bulimia nervosa bei Männern
und Vergleich mit einer weiblichen Stichprobe

Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Naturwissenschaften
(Dr. rer. nat.)

dem

Fachbereich Psychologie der
Philipps-Universität Marburg

vorgelegt von

Heidelinde Krenn
aus
Waldkirchen

Marburg/Lahn 2003

Vom Fachbereich Psychologie
der Philipps-Universität Marburg am

28.11.2003

angenommen.

Erstgutachter: Prof. Dr. W. Rief
Zweitgutachter: Prof. Dr. M. M. Fichter

Tag der mündlichen Prüfung am 10. März 2004

Danksagung

Großen Dank möchte ich Prof. Dr. Manfred Fichter, ärztlicher Direktor der Psychosomatischen Klinik Roseneck in Prien/Chiemsee und Leiter der Abteilung für Epidemiologie und Evaluation der Psychiatrischen Universitätsklinik München, sowie Prof. Dr. Winfried Rief, Universität Marburg, für die Ermöglichung dieser Dissertation aussprechen. Ebenso großer Dank gebührt Dipl.-Psych. Norbert Quadflieg, der die statistischen Auswertungen zum Vergleich zwischen Männern und Frauen mit Eßstörungen durchgeführt hat. Des weiteren bedanke ich mich ganz herzlich bei PD Dr. Helmut Küchenhoff, Mitarbeiter des Statistischen Beratungslabors STATLAB am Institut für Statistik der Ludwig-Maximilians-Universität München, für die fachkundige Auswertung der Fülle des Datenmaterials zu den Trendanalysen der vorliegenden Arbeit.

Dr. Marian Cebulla und Dr. Rolf Leibbrand gebührt besonderer Dank für die Einführung in die verwendeten Interviewtechniken. Frau Dr. Ursula Wunderlich, die als zweite Expertin Interviews für die vorliegende Arbeit führte, sei hiermit ebenfalls Dank ausgesprochen. Für inhaltliches Interesse und kritisches Hinterfragen bedanke ich mich besonders bei Nikolaus Kleindienst, Jörg Gehrke und Axel Baumann. Sigrid Haunberger, Monika Wollmann, Konstanze Oxynos, Susanne Holubarsch und Sascha Hübner möchte ich Dank aussprechen für die organisatorische Unterstützung bei der Umsetzung der vorliegenden Arbeit im Rahmen ihrer Tätigkeiten als studentische Hilfskräfte.

Besonderer Dank gebührt meinen Freunden Lars Baumann, Sandra Hellinger, Frank Holzner, Sabine Wesner und Christoph Berger für die Unterstützung, die sie mir während der Zeit der Entstehung der Dissertation entgegenbrachten. Außerordentlicher Dank gebührt meinen Eltern Max und Eva Krenn und meiner Schwester Friederike Krenn, die das Entstehen dieser Arbeit zu jeder Zeit gefördert und äußerst konstruktiv und liebevoll unterstützt haben.

Ich möchte abschließend all den Probanden und ehemaligen Patienten danken, die sich an der Studie beteiligt haben und durch ihre Kooperation das Entstehen dieser Arbeit erst ermöglicht haben.

Es sei hiermit angemerkt, daß vor dem Hintergrund des Schwerpunkts dieser Arbeit die männliche Form der Anrede gewählt wurde. Sie steht stellvertretend auch für die weibliche Form. Die Verfasserin der Arbeit hofft, somit allen Leserinnen und Lesern gerecht zu werden.

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG	8
2	THEORETISCHE GRUNDLAGEN.....	13
2.1	Die Forschung zu Eßstörungen bei Männern.....	13
2.1.1	Historische Aspekte	13
2.1.2	Diagnostische Klassifikation der Eßstörungen nach DSM-IV.....	15
2.1.2.1	Anorexia nervosa	15
2.1.2.2	Bulimia nervosa	17
2.1.2.3	Nicht näher bezeichnete Eßstörungen.....	18
2.1.3	Epidemiologie	19
2.1.4	Methodische Probleme der Forschung zu Eßstörungen bei Männern ...	23
2.2	Klinisches Bild der Eßstörungen bei Männern	25
2.2.1	Eßstörungsspezifische Symptomatik	25
2.2.2	Komorbidität allgemeiner Psychopathologie.....	26
2.3	Die Ätiologie gestörten Eßverhaltens bei Männern	28
2.3.1	Biologische Faktoren	28
2.3.2	Soziokulturelle Faktoren	29
2.3.3	Psychologische Faktoren.....	31
2.4	Der Verlauf von Eßstörungen bei Männern.....	33
2.4.1	Risikofaktoren für Eßstörungen bei Männern.....	33
2.4.1.1	Alter bei Beginn der Eßstörung.....	33
2.4.1.2	Prämorbides Gewicht.....	34
2.4.1.3	Körperschema und Diätverhalten.....	35
2.4.1.4	Beruf und sportliche Betätigung	38
2.4.1.5	Homosexualität, sexuelle Hemmung und Geschlechtsrollenidentität.....	40
2.4.1.6	Komorbidität	44
2.4.2	Vergleich von Verlaufsergebnissen zu Anorexia nervosa und Bulimia nervosa bei Männern und Frauen.....	47
2.5	Therapie von Eßstörungen bei Männern.....	52

3	ZUSAMMENFASSUNG DER THEORETISCHEN BEFUNDE SOWIE FRAGESTELLUNGEN DER STUDIE	55
4	METHODEN	58
4.1	Stichprobe	58
4.1.1	Definition der Männerstichprobe	58
4.1.1.1	Rücklaufquoten der Nachuntersuchung	61
4.1.1.2	Retrospektive Absicherung der Erstmessungsdiagnostik	62
4.1.2	Stichprobe parallelisierter Frauen	65
4.2	Instrumente.....	67
4.2.1	Skalen zur Eßstörungssymptomatik.....	67
4.2.1.1	Strukturiertes Inventar für Anorektische und Bulimische Eßstörungen	67
4.2.1.2	Eating Disorder Inventory.....	69
4.2.1.3	Psychiatric Status Rating Scale.....	70
4.2.2	Skalen zur allgemeinen Psychopathologie.....	72
4.2.2.1	Symptom Checklist-90-R.....	72
4.2.2.2	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse I, Psychische Störungen	73
4.2.2.3	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II, Persönlichkeitsstörungen.....	74
4.2.3	Fragen zu Sexualität.....	75
4.3	Schulung der Interviewer	77
4.4	Design.....	78
4.4.1	Durchführung und Ablauf der Nacherhebung.....	78
4.4.2	Erhebungsart	79
4.5	Statistische Auswerteverfahren	82
5	ERGEBNISSE	83
5.1	Ergebnisse des Parallelisierungsverfahrens für Männer und Frauen mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa	83
5.1.1	Anorexia nervosa	83
5.1.2	Bulimia nervosa	84
5.2	Mortalitätsraten	86
5.3	Soziodemographische Kennwerte.....	88
5.3.1	Anorexia nervosa	88
5.3.2	Bulimia nervosa	89

5.4	Verlauf der Anorexia nervosa bei Männern und Frauen	92
5.4.1	Häufigkeit der Diagnosen im Verlauf.....	92
5.4.2	Schweregrad der Eßstörung (Experteneinschätzung)	94
5.4.3	Verlauf der eßstörungsspezifischen Symptomatik (Selbsteinschätzung)	96
5.4.4	Gewicht der Männer und Frauen mit Anorexia nervosa im Vergleich mit Daten aus der Normalbevölkerung	103
5.4.5	Exzessiver Bewegungsdrang.....	105
5.5	Verlauf der Bulimia nervosa bei Männern und Frauen.....	106
5.5.1	Häufigkeit der Diagnosen im Verlauf.....	106
5.5.2	Schweregrad der Eßstörung (Experteneinschätzung)	108
5.5.3	Verlauf der eßstörungsspezifischen Symptomatik (Selbsteinschätzung)	110
5.5.4	Gewicht der Männer und Frauen mit Bulimia nervosa im Vergleich mit Daten aus der Normalbevölkerung	117
5.5.5	Exzessiver Bewegungsdrang.....	119
5.6	Komorbidität psychiatrischer Psychopathologie	120
5.6.1	Komorbidität bei Männern und Frauen mit Anorexia nervosa	120
5.6.1.1	Lebenszeit-Prävalenzen (Experteneinschätzung).....	120
5.6.1.2	Verlauf der allgemeinen Psychopathologie (Selbsteinschätzung)	121
5.6.2	Komorbidität bei Männern und Frauen mit Bulimia nervosa	128
5.6.2.1	Lebenszeit-Prävalenzen (Experteneinschätzung).....	128
5.6.2.2	Verlauf der allgemeinen Psychopathologie (Selbsteinschätzung)	129
5.7	Homosexualität.....	135
5.7.1	Homosexualität bei Männern und Frauen mit Anorexia nervosa	135
5.7.2	Homosexualität bei Männern und Frauen mit Bulimia nervosa	137
6	DISKUSSION	139
6.1	Parallelisierung von Männern und Frauen	139
6.2	Mortalität.....	141
6.3	Soziodemographische Kennwerte.....	145
6.4	Verlauf der Anorexia nervosa bei Männern und Frauen	149
6.5	Verlauf der Bulimia nervosa bei Männern und Frauen.....	157
6.6	Komorbidität psychiatrischer Psychopathologie	167
6.7	Homosexualität.....	177
6.8	Einschränkungen durch die Methodik der Studie.....	180

7	ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK.....	182
	LITERATURVERZEICHNIS.....	186
	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	198
	TABELLENVERZEICHNIS	199
	ANHANG	201

*None of these cases, however exhausted,
are really hopeless, whilst life exists.*

*William Gull, 1873
(nach Theander, 1983)*

1 EINLEITUNG

Eßstörungen bei Männern sind ein seltenes Phänomen. Obwohl der erste dokumentierte Fall einer Anorexia nervosa bei einem Mann aus dem 17. Jahrhundert stammt, gelten Eßstörungen bis in unsere Tage als typisches Frauenproblem. Eine ungleiche Aufmerksamkeitsverteilung, bedingt durch das seltenere Auftreten von Eßstörungen bei Männern im Vergleich zu Frauen, spiegelt sich nicht nur in der öffentlichen Meinung wider, sondern auch in der Anzahl wissenschaftlicher Publikationen, die sich des Themas erst in den letzten zwei Dekaden verstärkt angenommen haben.

Während zahlreiche Untersuchungen über den kurz-, mittel- und langfristigen Verlauf von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa bei Frauen vorliegen (Hsu, 1980; Herzog, Keller & Lavori, 1988; Steinhausen, Rauss-Mason & Seidel, 1991; Keel & Mitchell, 1997; Steinhausen, 2002; Quadflieg & Fichter, 2003), gibt es bis heute nur sehr wenige Studien zum Verlauf dieser Eßstörungen bei Männern. Zwar treten Eßstörungen bei Männern sehr viel seltener auf als bei Frauen, jedoch hat die Zahl der Männer, die sich wegen einer Eßstörung in Behandlung begeben, in den letzten Jahren zugenommen (Braun, Sunday, Huang & Halmi, 1999). Ob diese vermehrte Inanspruchnahme von Hilfeleistungen auf einen tatsächlichen Anstieg der Prävalenz von Eßstörungen bei Männern hindeutet oder lediglich die vermehrte Beschäftigung der Medien mit diesem Thema und eine dadurch gesteigerte Bereitschaft betroffener Männer, Hilfe in Anspruch zu nehmen, widerspiegelt, ist letztlich noch unklar (Carlat & Camargo, 1991). Nach Braun et al. (1999) machen Männer mit Eßstörungen 5-10% der in der Normalbevölkerung auftretenden Fälle von Anorexia nervosa und 10-15% der Fälle von Bulimia nervosa aus.

Nur sehr wenige medizinische bzw. psychiatrische Störungen weisen eine zahlenmäßig so unterschiedliche Geschlechtsverteilung auf, wie die anorektischen und bulimischen Syndrome dies tun. Eine mögliche Ursache hierfür könnte in genetischen oder biologischen Prozessen liegen, z.B. dem späteren Einsetzen der Pubertät bei Jungen und ihrer damit verbundenen fortgeschritteneren physischen und psychischen Reife gegenüber Mädchen in dieser wichtigen Lebensphase. Aber auch soziokulturelle Ursachen werden in diesem Zusammenhang diskutiert: es existieren große Unterschiede in den Sozialisationsprozessen, die Mädchen und Jungen durchlaufen, und den resultierenden sozialen Erwartungen und Schönheitsidealen, denen sie ausgesetzt sind (Mishkind, Rodin, Silberstein & Striegel-Moore, 1986).

Es gibt Anhaltspunkte dafür, daß mehr und mehr Jungen und Männer in den westlichen Industrienationen mit ihrer äußeren Erscheinung unzufrieden sind (Mishkind et al., 1986; Pope, Phillips & Olivardia, 2000). Dazu trägt nicht unwesentlich das durch die Medien vermittelte Bild des männlichen Körper-Ideals bei, das über die letzten zwei bis drei Dekaden hinweg zunehmend muskulöser, aber insgesamt dünner, wurde. Dies spiegelt sich nicht zuletzt in einem veränderten Vokabular der Alltagssprache wider: Begriffe wie „low-fat-look“ als Bezeichnung für einen möglichst geringen Anteil an Körperfett relativ zur Körpermasse oder „six-pack“ als Bezeichnung für die definierte Abdominalmuskulatur bei Männern sind erst seit ca. 10 Jahren Bestandteil der Alltagssprache (Pope et al., 2000). Die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper ist keineswegs ein Phänomen, das ausschließlich pubertierende Jungen und junge Männer betrifft, sondern tritt unter Umständen auch bei normalgewichtigen Jungen schon im Grundschulalter auf (Schur, Sanders & Steiner, 2000).

Homosexuelle Männer haben möglicherweise ein erhöhtes Risiko, an einer Eßstörung zu erkranken. Einige Studien berichten ein gehäuftes Auftreten von Homosexualität bei Männern mit Eßstörungen im Vergleich zur männlichen Normalbevölkerung und/oder im Vergleich zu Frauen mit Eßstörungen (Herzog, Norman, Gordon & Pepose, 1984; Carlat, Camargo & Herzog, 1997; Fichter & Daser, 1987; Schneider & Agras, 1987; Robinson & Holden, 1986). Obwohl es auch Studien gibt, die diese Befunde nicht bestätigen konnten (Pope, Hudson & Jonas, 1986; Burns & Crisp, 1984), existieren mittlerweile gut dokumentierte Anhaltspunkte für die Annahme, daß das Selbstwertgefühl homosexueller Männer im Vergleich zu heterosexuellen Männern stärker durch

die äußere Erscheinung bestimmt wird und homosexuelle Männer mehr Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper aufweisen (Silberstein, Mishkind, Striegel-Moore, Timko & Rodin, 1989; Williamson & Hartley, 1998; Russell & Keel, 2002). Dies könnte ihre Vulnerabilität für Eßstörungen bzw. eßgestörtes Verhalten erhöhen.

Störungen der Körperwahrnehmung bzw. die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper müssen bei homosexuellen oder heterosexuellen Männern nicht notwendigerweise zu einer Eßstörung führen. Vermehrte Diätversuche und veränderte Ernährungsgewohnheiten als eine Möglichkeit, auf Gewicht und Aussehen Einfluß zu nehmen, stellen jedoch einen Risikofaktor für die Entwicklung einer Eßstörung dar (Polivy & Herman, 1985). Um Aufschluß über den typischen Verlauf von Eßstörungen bei Männern und über mögliche Risikofaktoren zu gewinnen, sind Verlaufsstudien unerlässlich. Ein Vergleich des Langzeit-Verlaufs von Eßstörungen bei Männern und Frauen in zentralen Punkten kann darüber hinaus mögliche geschlechtsspezifische Faktoren aufdecken.

Die Langzeitfolgen von Eßstörungen wie Anorexia nervosa und Bulimia nervosa und die hohen volkswirtschaftlichen Kosten, die durch eine Chronifizierung entstehen, werden oft unterschätzt. Striegel-Moore, Leslie, Petrill, Garvin & Rosenheck (2000) konnten in einer Auswertung von Versicherungsdaten des Jahres 1995 in den USA zeigen, daß die durchschnittlichen Kosten für die ambulante Behandlung einer Anorexia nervosa denen der Schizophrenietherapie gleichkommen und signifikant höher liegen als die Behandlungskosten für Zwangsstörungen. Die Kosten der ambulanten Therapie bei Bulimia nervosa liegen signifikant höher als bei Zwangsstörungen, jedoch auch signifikant niedriger als bei Schizophrenie. Die wenigen existierenden Verlaufs- und Langzeitstudien zu Eßstörungen konnten darüber hinaus zeigen, daß die gesundheitlichen Folgeschäden dieser Erkrankungen immens sind und der Identifikation von Risikofaktoren für die Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention deshalb ein umso höherer Stellenwert zukommt. Paxton (1998, S. 298) formuliert dies wie folgt: „From a health service perspective, eating disorders can no longer be considered mere frivolities of self-indulgent teenagers“.

Die vorliegende Arbeit verfolgt das Ziel, den Verlauf von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa bei Männern, die sich in der Vergangenheit bereits einer stationären Behandlung unterzogen hatten, zu beschreiben und mit einer nach Diagnose, Alter bei

Erstmessung und Länge des Katamnesintervalls parallelisierten Stichprobe von Frauen zu vergleichen. Außerhalb dieses Paarvergleichs sollen mögliche geschlechtsspezifische Verlaufstrends von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa bei Männern und Frauen ermittelt werden. Es wird insbesondere die Eßstörungssymptomatik, aber auch die komorbid auftretende Psychopathologie und die sexuelle Orientierung beleuchtet.

Im theoretischen Teil der Arbeit wird zunächst ein Überblick über die theoretischen Grundlagen zum Thema Eßstörungen bei Männern gegeben (Kapitel 2). Kapitel 2.1 stellt die historischen Wurzeln der Forschung, die diagnostische Einordnung der Eßstörungen nach DSM-IV, die Epidemiologie sowie methodische Probleme der Verlaufsforschung zu Eßstörungen dar. Das klinische Bild der Anorexia nervosa und Bulimia nervosa hinsichtlich Eßstörungssymptomatik und Komorbidität allgemeiner Psychopathologie wird in Kapitel 2.2 dargestellt. In Kapitel 2.3 werden ätiologische Faktoren, die im Zusammenhang mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa bei Männern diskutiert werden, behandelt. Der Verlauf von Eßstörungen bei Männern mit den wichtigsten in der Literatur diskutierten Risikofaktoren ist Thema von Kapitel 2.4. Hier wird schwerpunktmäßig auf die Faktoren Alter bei Beginn der Eßstörung, prämorbidem Gewicht, Körperschema und Diätverhalten, Beruf und sportliche Betätigung, Sexualität und Geschlechtsrollenidentität und nicht zuletzt Komorbidität als mögliche Risikofaktoren bzw. verlaufsbeeinflussende Faktoren eingegangen. Auch eine systematische Darstellung der Studien zum Vergleich des Verlaufs von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa bei Männern und Frauen erfolgt in Kapitel 2.4. Um den theoretischen Teil der Arbeit abzurunden, gibt Kapitel 2.5 einen Überblick über Besonderheiten der Therapie von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa bei Männern. In Kapitel 3 werden die theoretischen Befunde zusammengefaßt, und es wird übergeleitet zur Fragestellung der Arbeit.

Der empirische Teil der Arbeit beginnt mit Kapitel 4, das Stichprobe, eingesetzte Instrumente, Erhebungsmethode und Durchführung der Studie sowie die verwendeten statistischen Auswerteverfahren darstellt. In Kapitel 5 werden die Ergebnisse zum Verlauf von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa in den parallelisierten Stichproben von Männern und Frauen dargestellt. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt jeweils vollständig für Anorexia nervosa und analog für Bulimia nervosa. Neben eßstörungsspezifischen Daten werden hier unter anderem Daten zur Komorbidität im Sinne allgemeiner Psychopathologie (Kapitel 5.6) und Homosexualität (Kapitel 5.7) berichtet. Die

Diskussion der Ergebnisse im Kontext der gesichteten Literatur erfolgt in Kapitel 6, das inhaltlich analog Kapitel 5 aufgebaut ist. Wo immer möglich und sinnvoll, werden hier die Ergebnisse für Anorexia nervosa und Bulimia nervosa getrennt voneinander diskutiert und dann in Bezug zueinander gesetzt. Eine Kurzzusammenfassung mit Ausblick und Implikationen für die zukünftige Forschung auf dem Gebiet der Eßstörungen bei Männern findet sich in Kapitel 7.

2 THEORETISCHE GRUNDLAGEN

2.1 Die Forschung zu Eßstörungen bei Männern

2.1.1 Historische Aspekte

Obwohl der erste gut dokumentierte Fallbericht über eine Pubertätsmagersucht bei einem Jungen ins 17. Jahrhundert zurückdatiert, verfaßt von dem englischen Arzt Richard Morton im Jahre 1689, wurden Eßstörungen bei Männern bis in die 70er Jahre des vergangenen Jahrhunderts hinein von der Forschung wenig beachtet. Ein Grund hierfür war die Auffassung, Eßstörungen würden bei Männern lediglich als Symptom oder Begleiterscheinung psychotischen Geschehens, also nicht als eigenständige nosologische Einheit, auftreten (Rechlin, 1990). Laut Andersen (1990) liegt ein weiterer Grund in der Annahme psychoanalytischer Theorien, Furcht vor oraler Schwängerung liege einer Verweigerung der Nahrungsaufnahme und damit einer Anorexia nervosa zugrunde. Derartige Überlegungen wurden zu Beginn und Mitte des 20. Jahrhunderts als zentral für die Ätiologie der Anorexia nervosa bei Frauen betrachtet und beschränkten somit die Möglichkeit des Auftretens dieser Erkrankung ausschließlich auf Frauen. Ein letzter Grund, der sich daraus und aus der geringen Prävalenz der Eßstörungen bei Männern im Vergleich zu Frauen ergibt, ist das mangelnde Wissen von Klinikern, die keine Diagnosen stellen können, die sie nicht kennen bzw. bei bestimmten Personengruppen nicht vermuten und daher übersehen (Andersen & Mickalide, 1983).

Richard Morton berichtet in seinem Buch *Phthisiologia, seu Exercitationes de Phthisi*, das 1689 erschien und 1694 ins Englische übersetzt wurde, von einer Krankheit, die er als „nervous consumption, caused by sadness and anxious cares“ bezeichnet und beschreibt darin zwei Fälle, den eines Mädchens und eines Jungen mit Anorexia nervosa (zitiert nach Silverman, 1990). Aus dem 18. Jahrhundert existieren zwei Fallbeschreibungen zu eßgestörtem Verhalten bei Männern. Der erste Fall stammt von Robert Whytt aus dem Jahre 1764 und beschreibt einen 14jährigen Jungen mit Anorexia nervosa. Der zweite stammt von Robert Willan aus dem Jahre 1790 und beschreibt einen jungen Mann, der 78 Tage lang gefastet hatte und anschließend verstarb

(Silverman, 1990). Im Jahre 1874 schließlich nahm William Gull eine Umbenennung der „Apepsia hysterica“ in „Anorexia nervosa“ vor (Fichter, 1985). Diese Umbenennung sollte verdeutlichen, daß eßgestörtes Verhalten nicht nur bei Frauen, wie der Begriff der „Hysterie“ vermuten ließ (*griechisch* „*hystera*“= *Gebärmutter*), sondern auch bei Männern auftreten könne. Dennoch blieb gerade dies die vorherrschende Anschauung bis spät in das letzte Jahrhundert hinein, was nicht zuletzt auf die zentrale Rolle, die einige Autoren dem Ausbleiben der Regelblutung (Amenorrhoe) als Kardinalsymptom bei Anorexia nervosa zuschreiben, zurückgeht. Zusammenfassend stellen Andersen & Holman (1997, S. 391) fest: „ (...) from 1870 to 1970, with a few exceptions, males with eating disorders were theorized out of existence (...)”.

In den 70er und auch noch 80er Jahren des vergangenen Jahrhunderts wurden zumeist Fallberichte (Gwirtzman, Roy-Byrne, Lerner & Yager, 1984; Robinson & Holden, 1986) und Studien mit kleinen Stichproben zu Eßstörungen bei Männern veröffentlicht. In den 80er Jahren jedoch veröffentlichten Burns & Crisp (1984; 1985) und Fichter & Daser (1987) Studien mit größeren Stichproben anorektischer Männer. 1990 erschien das erste Standardwerk zu Eßstörungen bei Männern von Arnold E. Andersen und 1997 veröffentlichten Carlat, Camargo & Herzog eine großangelegte Studie, die 135 Männer mit Eßstörungen umfaßte. Die wenigen existierenden Verlaufsstudien zu Eßstörungen bei Männern sind zumeist Studien mit sehr kleinen Stichprobenzahlen (z.B. Deter, Köpp, Zipfel & Herzog, 1998). Wie diese Übersicht zeigt, ist gesichertes Wissen über gestörtes Eßverhalten bei Männern generell und über den Verlauf von Eßstörungen bei Männern im Speziellen noch sehr jung oder nur im Ansatz vorhanden, obwohl erste Fallberichte zu diesem Thema bereits vor Jahrhunderten veröffentlicht wurden.

Insgesamt zeichnet sich die medizinisch-psychologische Forschung auf dem Gebiet der Eßstörungen bei Männern vor allem durch Fallberichte und historische Schilderungen aus, die eine große Heterogenität der Population betroffener Männer vermuten lassen: von drastischen Schilderungen der Askese in Zusammenhang mit religiösen Überzeugungen (siehe hierzu und zur Kulturgeschichte der Eßstörungen im Allgemeinen Vandereycken, van Deth & Meermann, 1990) bis zu eher exotisch anmutenden Fallbeschreibungen unserer Tage (Morgan, Key & Lacey, 1998; Abou-Saleh, Younis & Karim, 1998). Viele der neueren Studien zu Eßstörungen bei Männern sind aufgrund

kleiner Stichproben wenig aussagekräftig und die Ergebnisse sind aufgrund der Stichprobenauswahl wenig repräsentativ und generalisierbar.

2.1.2 Diagnostische Klassifikation der Eßstörungen nach DSM-IV

Das Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen (DSM) der American Psychiatric Association (1994) gibt in seiner vierten Auflage die Anorexia nervosa und Bulimia nervosa mit ihren jeweiligen Subtypen als die zwei großen Eßstörungskategorien an. Um darüber hinaus auch Störungen, die nicht die Kriterien für eine dieser Eßstörungen erfüllen, diagnostisch erfassen zu können, wurde die Restkategorie der „nicht näher bezeichneten Eßstörungen“ (kurz: Eßstörungen-NNB) oder englisch „eating disorders - not otherwise specified“ geschaffen. Hierunter findet sich auch die Binge Eating Disorder, für die das DSM-IV erstmals Forschungskriterien angibt. Die vorliegende Arbeit orientiert sich an den diagnostischen Leitlinien des DSM-IV. Im folgenden werden die diagnostischen Kriterien bzw. Forschungskriterien des DSM-IV für die genannten Eßstörungen aufgeführt.

2.1.2.1 Anorexia nervosa

Der Begriff „Anorexie“ heißt wörtlich übersetzt „Appetitlosigkeit“ und ist insofern irreführend, als magersüchtige Männer und Frauen in der Regel nicht unter Appetitlosigkeit leiden (Fichter, 2000^b). Das Wort „nervosa“ verweist jedoch auf die bei der Anorexia nervosa besonders bedeutsame differentialdiagnostische Abgrenzung zu somatischen, psychosomatischen und psychischen Erkrankungen mit ähnlichen Symptomclustern (z.B. Erkrankungen des Magen-/Darm-Trakts, Tumorerkrankungen, Depression etc.). Wichtigstes Abgrenzungskriterium ist das Vorliegen einer Gewichtsphobie, also einer ausgeprägten Angst vor Gewichtszunahme, die bei einer sekundären Anorexie, einer Anorexie im Rahmen einer somatischen Grunderkrankung, in der Regel fehlt. Hauptmerkmale der Anorexia nervosa sind per definitionem ein niedriges Körpergewicht, eine ausgeprägte Gewichtsphobie und Körperschemastörungen. Bei Frauen kommt als Diagnosekriterium das Ausbleiben von mindestens drei aufeinanderfolgenden Menstruationszyklen (Amenorrhoe) hinzu. Ein Äquivalent zum bei Frauen geforderten Kriterium der sekundären Amenorrhoe existiert für Männer in den

diagnostischen Kriterien des DSM-IV bislang nicht, wird jedoch mittlerweile eingefordert: Andersen (1993) z.B. schlägt als diagnostisches Kriterium bei Männern, die unter Anorexia nervosa leiden, analog das Vorliegen eines 3monatigen Libidoverlusts bzw. sexueller Funktionseinschränkungen oder eine Abnahme der Plasma-Testosteron-Werte um mindestens eine Standardabweichung vor.

DSM-IV (Kodierung 307.1) gibt folgende Kardinalsymptome der Erkrankung als Diagnosekriterien an:

- A. Weigerung, das Minimum des für Alter und Körpergröße normalen Körpergewichts zu halten (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).
- B. Ausgeprägte Ängste vor einer Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden, trotz bestehenden Untergewichts.
- C. Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur und des Körpergewichts, übertriebener Einfluß des Körpergewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung, oder Leugnen des Schweregrades des gegenwärtigen geringen Körpergewichts.
- D. Bei postmenarchalen Frauen das Vorliegen einer Amenorrhoe, d.h. das Ausbleiben von mindestens drei aufeinanderfolgenden Menstruationszyklen (Amenorrhoe wird auch dann angenommen, wenn bei einer Frau die Periode nur nach Verabreichung von Hormonen, z.B. Östrogen, eintritt).

Es werden zwei Subtypen unterschieden:

1. Restriktiver Typus: während der aktuellen Episode der Anorexia nervosa hat die Person keine regelmäßigen „Freßanfälle“ gehabt und hat kein „Purging“- Verhalten (d.h. selbstinduziertes Erbrechen oder Mißbrauch von Laxantien, Diuretika oder Klistieren) gezeigt.
2. „Binge-Eating/Purging“- Typus: während der aktuellen Episode der Anorexia nervosa hat die Person regelmäßig „Freßanfälle“ gehabt oder hat Purging-Verhalten (d.h. selbstinduziertes Erbrechen oder Mißbrauch von Laxantien, Diuretika oder Klistieren) gezeigt.

2.1.2.2 Bulimia nervosa

Das Krankheitsbild der Bulimia nervosa wurde von Russell erstmals ausführlich als solches beschrieben (Russell, 1979) und fand kurz danach Eingang in das DSM-III (American Psychiatric Association, 1980). Differentialdiagnostisch von einer Bulimia nervosa abzugrenzen sind Erkrankungen wie Diabetes mellitus oder hypothalamische Tumoren (Fichter, 2000^a). Ein Häufigkeitskriterium für das Auftreten des für Bulimia nervosa typischen Problemverhaltens wurde erstmals in DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) eingeführt.

Die diagnostischen Kriterien für das Vorliegen einer Bulimia nervosa in DSM-IV (Kodierung 307.51) lauten wie folgt:

- A. Wiederholte Episoden von „Freßattacken“ (englisch: binge). Eine „Freßattacken“- Episode ist gekennzeichnet durch beide der folgenden Merkmale:
 - (1) Verzehr einer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum (z.B. innerhalb eines Zeitraums von 2 Stunden), wobei diese Nahrungsmenge erheblich größer ist, als die Menge, die die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum und unter vergleichbaren Bedingungen essen würden.
 - (2) Das Gefühl, während der Episode die Kontrolle über das Eßverhalten zu verlieren (z.B. das Gefühl, weder mit dem Essen aufhören zu können, noch Kontrolle über Art und Menge der Nahrung zu haben).
- B. Wiederholte Anwendung von unangemessenen, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahmen, wie z.B. selbstinduziertes Erbrechen oder Mißbrauch von Laxantien, Diuretika, Klistieren oder anderen Arzneimitteln, Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung.
- C. Die „Freßattacken“ und das unangemessene Kompensationsverhalten kommen drei Monate lang im Durchschnitt mindestens zwei mal pro Woche vor.
- D. Figur und Körpergewicht haben einen übermäßigen Einfluß auf die Selbstbewertung.
- E. Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf von Episoden einer Anorexia nervosa auf.

Es werden zwei Subtypen unterschieden:

1. „Purging“- Typus: Die Person induziert während der aktuellen Episode der Bulimia nervosa regelmäßig Erbrechen oder mißbraucht Laxantien, Diuretika oder Klistiere.
2. „Nicht-Purging“- Typus (englisch: non-purging): Die Person hat während der aktuellen Episode der Bulimia nervosa andere unangemessene, einer Gewichtszunahme gegensteuernde Maßnahmen gezeigt, wie beispielsweise Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung, hat aber nicht regelmäßig Erbrechen induziert oder Laxantien, Diuretika oder Klistiere mißbraucht.

2.1.2.3 Nicht näher bezeichnete Eßstörungen

Die Eßstörung, die in der Restkategorie der nicht näher bezeichneten Eßstörungen (Eßstörungen-NNB) mit Forschungskriterien aufgeführt wird und die, wie manche Autoren fordern (Spitzer, Stunkard, Yanovski, Marcus, Wadden, Wing, Mitchell & Hasin, 1993), als eigenständige diagnostische Kategorie in das DSM-IV Eingang finden soll, ist die Binge Eating Disorder. Man versteht darunter eine meist mit Übergewicht aufgrund von Eßattacken einhergehende Erkrankung, bei der regelmäßige gegensteuernde Maßnahmen, wie z.B. Erbrechen, fehlen. Fichter (2000^b; S. 886) bezeichnet diese Eßstörung schlicht als „Übergewicht in Verbindung mit psychischen Faktoren“.

Die restlichen fünf Eßstörungen-NNB, die in das DSM-IV Eingang gefunden haben, sind wie folgt definiert:

1. Bei einer Frau sind sämtliche Kriterien der Anorexia nervosa erfüllt, außer daß die Frau regelmäßig Menstruationen hat.
2. Sämtliche Kriterien der Anorexia nervosa sind erfüllt, nur liegt das Körpergewicht der Person trotz erheblichen Gewichtsverlustes noch im Normalbereich.
3. Sämtliche Kriterien der Bulimia nervosa sind erfüllt, jedoch sind die „Freßattacken“ und das unangemessene Kompensationsverhalten weniger häufig als zwei mal pro Woche für eine Dauer von weniger als drei Monaten.
4. Die regelmäßige Anwendung unangemessener, einer Gewichtszunahme gegensteuernder Maßnahmen durch eine normalgewichtige Person nach dem Verzehr kleiner Nahrungsmengen (z.B. selbstinduziertes Erbrechen nach dem Verzehr von zwei Keksen).
5. Wiederholtes Kauen und Ausspucken großer Nahrungsmengen, ohne sie herunterzuschlucken.

2.1.3 Epidemiologie

Anorexia nervosa

Die „Prävalenz“ einer bestimmten Erkrankung oder Störung ist definiert als Gesamtzahl von Fällen dieser Erkrankung oder Störung in der Bevölkerung (van Hoeken, Seidell & Hoek, 2003). Die Lebenszeit- (englisch „lifetime-“) Prävalenz gibt die Anzahl von Personen/Fällen in der Bevölkerung wieder, die jemals in ihrem Leben an einer bestimmten Erkrankung oder Störung gelitten haben. Derzeit gibt es nur wenige gesicherte epidemiologische Daten zur Prävalenz der Anorexia nervosa bei Männern in der Allgemeinbevölkerung. In einer Studie mit ambulant-psychiatrischen Patienten in Norwegen fanden Taraldsen, Eriksen & Gøtestam (1996) eine Lebenszeit-Prävalenz für Anorexia nervosa bei Männern von 0% (Frauen 5,2%). In der Studie kamen lediglich Selbsteinschätzungsverfahren zum Einsatz, und der restriktive Typus der Anorexia nervosa (siehe Punkt 2.1.2.1) wurde nicht in die Erhebung miteinbezogen. Zudem geben Taraldsen et al. (1996) eine Rücklaufquote von nur 64,3% aller per Post zugestellten Fragebögen an. Es ist also durchaus denkbar, daß die Lebenszeit-Prävalenz von 0% für Anorexia nervosa bei Männern durch methodische Mängel dieser Studie zumindest mitbedingt ist. Burns & Crisp (1985) geben an, daß Männer in Studien mit klinischen Stichproben insgesamt ca. 5-10% der Fälle von Anorexia nervosa ausmachen. Auch Fichter (2000^a) weist auf die größere Verbreitungshäufigkeit von Anorexia nervosa bei Frauen im Vergleich zu Männern hin und gibt ein Geschlechter-Verhältnis von 12:1 an. Van Hoeken et al. (2003) beziffern die durchschnittliche Prävalenz der Anorexia nervosa bei Frauen mit 0,3%.

Eine großangelegte epidemiologische Studie von Garfinkel, Lin, Goering, Spegg, Goldbloom, Kennedy, Kaplan & Woodside (1995) im Rahmen des Ontario Health Survey beschäftigt sich vorwiegend mit der Prävalenz von Bulimia nervosa bei Frauen der kanadischen Normalbevölkerung und berichtet nur am Rande über bulimische Männer (siehe unten). Auch Gøtestam & Agras (1995) schlossen Männer aus ihrer Studie zu Eßstörungen in der Allgemeinbevölkerung Norwegens aus. Bei Frauen fanden die Autoren eine Lebenszeit-Prävalenz für Anorexia nervosa von 0,4%. Nicht zuletzt die Tatsache, daß das Vorliegen einer Amenorrhoe, also des Ausbleibens der Regelblutung für mindestens drei aufeinanderfolgende Menstruationszyklen, auch in DSM-IV

als notwendig für die Diagnose einer Anorexia nervosa erachtet wird, führte bisweilen zum gezielten Ausschluß von Männern aus Stichproben.

Eine epidemiologische Studie zur Prävalenz von Eßstörungen in der Normalbevölkerung, die nicht nur volle, sondern auch subsyndromale Ausprägungen von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa berücksichtigt, stammt von Woodside, Garfinkel, Lin, Goering, Kaplan, Goldbloom & Kennedy (2001). Basierend auf Daten aus dem oben genannten Mental Health Supplement des Ontario Health Survey (Garfinkel et al., 1995) fanden die Autoren 62 Männer und 212 Frauen, die die diagnostischen Kriterien für Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa nach DSM-III-R voll oder teilweise erfüllten. Bei Anorexia nervosa musste bei subsyndromaler Ausprägung das Gewichtskriterium (siehe Punkt 2.1.2.1) erfüllt sein, eines der weiteren Kriterien konnte fehlen. Es ergab sich eine ungewichtete Prävalenz von 0,16% für das volle und von 0,76% für das teilweise Symptombild bei Männern. Das Geschlechterverhältnis Männer zu Frauen lag bei 1:4,2 für das volle und bei 1:1,5 für das teilweise Symptombild. Männer der Normalbevölkerung wiesen allgemein signifikant weniger Eßstörungen auf als Frauen der Normalbevölkerung.

Die sich ergebenden Unterschiede in den Prävalenzangaben verschiedener Studien sind laut Garfinkel et al. (1995) hauptsächlich auf Unterschiede in den folgenden 4 Punkten zurückzuführen: Stichprobenauswahl und damit Repräsentativität der Stichprobe, Rücklaufquoten bei Fragebogeneinsatz, Verwendung von Verfahren der Selbst- versus Experteneinschätzung und schließlich Strenge der verwendeten diagnostischen Kriterien.

Bulimia nervosa

In der großangelegten Kanadischen Studie von Garfinkel et al. (1995) im Rahmen des Ontario Health Survey fanden die Autoren bei Frauen der Normalbevölkerung (N=4285) eine Prävalenz für Bulimia nervosa nach DSM-III-R von 1,1%. Bei Männern der Normalbevölkerung (N=3831) lag der Wert bei 0,1% mit einem Geschlechterverhältnis von 1:11. Diese Angaben beziehen sich auf Männer und Frauen der Altersgruppe von 15 bis 65 Jahren und sind nach Stichprobenzusammensetzung und Antwort-

Ausfällen gewichtet. 62 Personen (55 Frauen, 7 Männer) erfüllten hierbei sämtliche DSM-III-R-Kriterien für eine Bulimia nervosa, 62 weitere Personen (46 Frauen, 16 Männer) erfüllten jeweils eines dieser Kriterien nicht, wiesen also nicht das volle Symptombild nach DSM-III-R auf. Als Screening-Instrument wurde in dieser Studie das CIDI (Composite International Diagnostic Interview) der WHO (World Health Organisation) eingesetzt. Männliche Fälle wurden aufgrund der Stichprobengröße von weiteren Detail-Analysen der Studie ausgeschlossen. Eine weiterführende Analyse dieser Daten durch Woodside et al. (2001) ergab eine ungewichtete Prävalenz von 0,13% für das volle und 1,08% für das teilweise Symptombild (eines der diagnostischen Kriterien nach DSM-III-R nicht erfüllt) der Bulimia nervosa bei Männern der Kanadischen Normalbevölkerung. Signifikant weniger Männer (0,13%) als Frauen (1,46%) wiesen das volle Symptombild der Bulimia nervosa auf. Hier ergab sich ein Geschlechterverhältnis von 1:11,4 bei Männern und Frauen. Bei den teilweise ausgeprägten Symptombildern waren die Unterschiede zwischen Männern und Frauen mit einem Geschlechterverhältnis von 1:1,8 nicht so deutlich. Eine Differenzierung in epidemiologischen Studien nach Kriterien der Symptomausprägung erscheint durchaus sinnvoll und notwendig, da Fälle mit partieller Ausprägung eventuell bei Männern häufiger auftreten als das volle Symptombild und möglicherweise spezielle Maßnahmen erfordern.

Götestam & Agras (1995) geben für Frauen der Allgemeinbevölkerung Norwegens eine mit den Daten von Woodside et al. (2001) vergleichbar hohe Lebenszeit-Prävalenz für Bulimia nervosa von 1,6% an. Van Hoeken et al. (2003) und Fairburn & Beglin (1990) fanden für Bulimia nervosa bei Mädchen und jungen Frauen eine durchschnittliche Prävalenz von 1%. Carlat & Camargo (1991) geben im Vergleich dazu in ihrem Überblicksartikel über 24 epidemiologische Studien die Prävalenz von Bulimia nervosa mit 0,2% bei männlichen Jugendlichen und jungen Männern an. Männer machen den Autoren zufolge insgesamt ca. 10-15% aller Fälle von Bulimia nervosa in der Normalbevölkerung aus. Einschränkend muß hierzu erwähnt werden, daß die Mehrzahl der von Carlat & Camargo (1991) berichteten Studien nur Selbsteinschätzungsverfahren verwendeten und die Stichproben sich zumeist aus Schülern oder Studenten zusammensetzten. Taraldsen et al. (1996), die ebenfalls mittels Selbsteinschätzungsverfahren Prävalenzwerte für Bulimia nervosa ermittelten, geben für männliche ambulant-psychiatrische Patienten in Norwegen eine Lebenszeit-Prävalenz von 10,7% für Bulimia nervosa (Frauen 18,7%) an. Für die Studie gelten die methodischen Einschränkungen,

die bereits bei Anorexia nervosa referiert wurden (ausschließliche Verwendung von Selbsteinschätzungsverfahren, niedrige Rücklaufquote bei den eingesetzten Fragebögen sowie Vernachlässigung des restriktiven Typus der Anorexia nervosa bei der Erhebung). In Studien, die Interview-Verfahren zur Einschätzung der Symptomatik einsetzen, ergaben sich folgende Prävalenzwerte für Bulimia nervosa bei Männern: Schotte und Stunkart (1987) berichten eine Prävalenz von 0,1% für Bulimia nervosa nach DSM-III oder DSM-III-R bei männlichen Studenten einer amerikanischen Universität mit einem Geschlechterverhältnis von 1:7,0. King (1989) fand eine Prävalenz von 0,5% (1 von 186 Männern) für Bulimia nervosa bei Patienten der Altersklasse 16 bis 35 Jahre in Allgemeinarzt-Praxen in London. Das Geschlechterverhältnis lag hier bei 1:2,2.

Bei Taraldsen et al. (1996) ergaben sich große Diskrepanzen zwischen den Prävalenzen, die durch Mitarbeiter- versus Patienteneinschätzungen zustande kamen: in den Selbsteinschätzungsverfahren identifizierten sich mehr Patienten der Studie als eßgestört als durch Mitarbeiter (Ärzte, Psychologen, Pflegepersonal) im Rahmen der psychiatrischen Anamnese und Behandlung identifiziert werden konnten. Die Autoren schlossen daraus, daß die untersuchten Personen im Gespräch nicht alle Symptome ihrer Eßstörung angaben, oder Mitarbeiter nicht in der Lage waren, die berichteten Symptome einer bestehenden Eßstörung zuzuordnen bzw. diese als eßstörungstypisch zu identifizieren. Den Autoren zufolge ist es demnach wahrscheinlich, daß Symptome einer Eßstörung bei psychiatrischen Routineuntersuchungen nicht genügend Beachtung finden und einige Fälle in der klinischen Praxis regelrecht übersehen werden. Da die Kenntnis über das Vorhandensein eßstörungstypischer Symptome für die Diagnose und Behandlung weiterer psychiatrischer Störungen wichtig ist und es vermutlich „versteckte“ Eßstörungen gibt, fordern die Autoren ein entsprechendes Screening hierfür bei sämtlichen psychiatrischen Untersuchungen. Es ist an dieser Stelle kritisch anzumerken, daß Selbsteinschätzungsverfahren möglicherweise per se zu höheren Prävalenzraten führen als Interviewverfahren. So fanden Fairburn & Beglin (1990) bei Durchsicht von über fünfzig Studien zur Prävalenz der Bulimia nervosa, daß die Prävalenzraten, die mittels Selbsteinschätzungsverfahren ermittelt werden, bis zu 3 mal höher liegen als diejenigen Raten, die mittels Interviewverfahren ermittelt werden konnten. Interviewer/Experten sind in ihrer Einschätzung also möglicherweise kritischer als die Probanden selbst.

Die berichteten Prävalenzangaben für Anorexia nervosa und Bulimia nervosa liegen bei Frauen über sämtliche Studien hinweg deutlich höher als bei Männern. In der Studie von Taraldsen et al. (1996) war dieser Unterschied signifikant ($p < .02$). Wie bereits erwähnt, gibt es jedoch Hinweise auf einen Anstieg der Zahl der Männer, die sich wegen einer Eßstörung in Behandlung begeben. So berichten Braun et al. (1999) für den Zeitraum von 1984 bis 1997 einen Anstieg des Anteils männlicher Eßstörungen-Erst-aufnahmen von 2% auf 9% im New York Presbyterian Hospital. Die Schwelle für Männer, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, scheint insgesamt aber immer noch hoch zu liegen. Ursache hierfür könnten Ängste vor Stigmatisierung sein, im Sinne einer Bewertung von Eßstörungen als typische Frauenkrankheiten oder Krankheiten, die v.a. homosexuelle Männer betreffen. Eine weitere mögliche Ursache ist aber auch in der unterschiedlichen Sozialisation von Frauen und Männern zu sehen, in deren Folge eine Offenlegung von Problemverhalten bei Männern als sozial wenig erwünscht gilt.

Zusammenfassend kann man aufgrund der gesichteten Literatur sagen, daß der Anteil männlicher Fälle bei Eßstörungen im Falle der Anorexia nervosa mit ca. 8% etwas niedriger als bei Bulimia nervosa (ca. 15%) liegen dürfte.

2.1.4 Methodische Probleme der Forschung zu Eßstörungen bei Männern

Viele Studien zu Eßstörungen bei Männern weisen methodische Mängel auf, die die Generalisierbarkeit ihrer Ergebnisse erschweren. Striegel-Moore, Garvin, Dohm & Rosenheck (1999^b, S. 410) weisen darauf hin, daß „sich dieses Forschungsgebiet durch fast gänzliche Abwesenheit methodischer Konsistenz über verschiedene Studien hinweg auszeichnet“. Die untersuchten männlichen Stichproben sind aufgrund der obengenannten niedrigen Prävalenz von Eßstörungen und der Vorbehalte bei den Betroffenen, professionelle Hilfe zu suchen, v.a. bei Verlaufsstudien oft zu klein, um repräsentativ zu sein (Deter et al., 1998; Hall, Delahunt & Ellis, 1985; Mitchell & Goff, 1985; Andersen & Mickalide, 1983). Prospektive Designs sind schwer zu realisieren und Studien differenzieren die eingehenden Fälle oft nicht hinreichend hinsichtlich der gängigen

diagnostischen Kategorien. So werden nur selten nach den diagnostischen Subtypen des DSM-IV (z.B. Anorexia nervosa - restriktiver Typus, Anorexia nervosa - bulimischer Typus, Bulimia nervosa - purging Typus, Bulimia nervosa - non-purging Typus) differenzierte Daten präsentiert. Auch werden stationär versus ambulant behandelte Patienten oft nicht getrennt in den Auswertungen berücksichtigt. Wird nach diesen Kategorien differenziert, so sind die jeweiligen Teil-Stichproben wiederum sehr klein, was die Reliabilität der Ergebnisse einschränkt.

Die verwendeten diagnostischen Verfahren zur Einschätzung der Symptomatik unterscheiden sich sehr stark von Studie zu Studie. Einige Studien verwenden lediglich Selbsteinschätzungsverfahren (z.B. Keel, Klump, Leon & Fulkerson, 1998) oder extrahieren diagnostische Informationen retrospektiv aus Krankenakten (z.B. Margo, 1987), was die Reliabilität der Daten im Vergleich zu strukturierten bzw. standardisierten Interviews deutlich herabsetzt. In Studien, die ein zweistufiges Design zur Identifikation eßgestörter Personen verwenden, sind die Ergebnisse hauptsächlich von der PPP (Positive Predictive Power) des verwendeten „Screening“- Instruments abhängig (Fairburn & Beglin, 1990). Werden hierzu keine statistischen Kennwerte berichtet bzw. ist die PPP des jeweiligen Instruments gering, kann nicht von einer zuverlässigen Methode der Fallidentifikation ausgegangen werden.

Insbesondere in Verlaufsstudien zu Eßstörungen variieren die definierten Maße für Verlaufsergebnisse sehr stark von Studie zu Studie und werden von den jeweiligen Autoren bisweilen willkürlich festgesetzt. Dies erschwert die Vergleichbarkeit der Verlaufsergebnisse unterschiedlicher Studien. Eine Vereinheitlichung bzw. die Verwendung bewährter Verlaufsergebnis-Maße (z.B. Morgan-Russell-Outcome Scale) über mehrere Studien hinweg wäre hier sinnvoll und wünschenswert.

Nicht zuletzt ist zu erwähnen, daß die gängigen Instrumente in der Eßstörungsforschung für weibliche Stichproben konzipiert wurden und es denkbar ist, daß bestimmte Aspekte, die für Männer mit Eßstörungen relevant sein mögen, durch diese Instrumente nicht, oder nur unzureichend, erfaßt werden.

2.2 Klinisches Bild der Eßstörungen bei Männern

2.2.1 Eßstörungsspezifische Symptomatik

Neben den in den vorangegangenen Kapiteln dargestellten diagnostischen Kriterien für Eßstörungen konnten einige Studien Besonderheiten in der eßstörungsspezifischen Symptomatik bei Männern finden, die am besten in Abgrenzung zur Symptomatik bei Frauen veranschaulicht werden können. Viele Autoren stimmen darin überein, daß die eßstörungsspezifische Symptomatik der Anorexia nervosa und Bulimia nervosa für Männer und Frauen im Allgemeinen sehr ähnlich ist (Beumont, Beardwood & Russell, 1972; Burns & Crisp, 1985; Crisp, Burns & Bhat, 1986; Robinson & Holden, 1986; Margo, 1987; Sharp, Clark, Dunan, Blackwood, & Shapiro, 1994; Olivardia, Pope, Mangweth, & Hudson, 1995; Carlat et al., 1997; Braun et al., 1999; Woodside et al., 2001). Einige Studien fanden bei anorektischen Männern einen erhöhten Bewegungsdrang und exzessivere sportliche Betätigung im Vergleich zu Frauen (Fichter & Daser, 1987; Oyeboode, Boodhoo & Schapira, 1988; Sharp et al., 1994), und die für die Anorexia nervosa charakteristische Hyperaktivität tritt bei Männern häufiger auf als bei Frauen (Burns & Crisp, 1985; Sterling & Segal, 1985; Margo, 1987; Fichter et al., 1985). Fichter & Daser (1987), Sharp et al. (1994) und Braun et al. (1999) konnten bei anorektischen Männern weniger Laxantien- und Appetitzüglermißbrauch beobachten als bei anorektischen Frauen. Bei Männern mit Bulimia nervosa fanden Mitchell & Goff (1985) und Schneider & Agras (1987) eine ähnliche Tendenz, zusätzlich hatten viele der Männer in diesen Stichproben starke Gewichtsschwankungen. Bei Schneider & Agras (1987) und Garfinkel et al. (1995) traten gegensteuernde Maßnahmen, wie Diäten bzw. Fasten, Mißbrauch von Laxantien, Diuretika, Appetitzüglern oder Einläufen und selbstinduziertes Erbrechen bei Männern mit Bulimia nervosa seltener auf als bei Frauen mit Bulimia nervosa. Carlat & Camargo (1991) stellen in ihrem Überblicksartikel zu Bulimia nervosa bei Männern fest, daß „bulimische Männer sich weniger Sorgen wegen ihrer Eßattacken machen und strenge Gewichtskontrolle für sie weniger von Belang ist als für bulimische Frauen“ (S. 838). Diese Einschätzung wurde auch von Schneider & Agras (1987) und Woodside & Kaplan (1994) bestätigt. Letztere fanden bei anorektischen und auch bei bulimischen Männern (N=15) im Vergleich zu Frauen niedrigere Werte im Eating Disorder Inventory (EDI) und im Eating Attitudes Test (EAT) auf den Subskalen „Diätverhalten“ und „orale Kontrolle“.

2.2.2 Komorbidität allgemeiner Psychopathologie

Hohe Komorbiditätsraten bei Eßstörungen mit anderen Achse-I- oder Achse-II-Störungen sind wiederholt bei beiden Geschlechtern gefunden worden (Woodside et al., 2001). Besonders häufig treten affektive Störungen, Persönlichkeitsstörungen und Substanzmißbrauch sowie Substanzabhängigkeit auf. Striegel-Moore et al. (1999^a, 1999^b) führten in den USA die bisher größte epidemiologische Studie in diesem Bereich auf Basis von Daten aus 155 Behandlungszentren für Kriegsveteranen durch. Bei Routineuntersuchungen erhielten 0,30% der Frauen und 0,02% der Männer zum Untersuchungszeitpunkt die Diagnose einer Eßstörung nach ICD-9 (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa oder Eßstörung-NNB). 92% der männlichen und 95% der weiblichen Veteranen hatten eine zusätzliche psychiatrische Diagnose, wobei die Anzahl der komorbiden psychiatrischen Diagnosen bei den Frauen mit Eßstörungen signifikant höher lag als bei den Männern. Bei den untersuchten Männern war die Eßstörungsdiagnose häufiger die Sekundärdiagnose als bei den Frauen. Die Diagnosenanzahl bei den Männern mit Anorexia nervosa, Bulimia nervosa oder Eßstörung-NNB wies keine signifikanten Unterschiede auf, verglichen mit einer Kontrollgruppe von Männern lag die durchschnittliche Anzahl an Diagnosen bei den Männern mit Eßstörungen jedoch signifikant höher. Etwa ein Drittel der Männer mit Anorexia nervosa litt, wie auch in der Studie von Carlat et al. (1997), unter affektiven Störungen. Zusätzlich traten bei den anorektischen Männern oft Substanzmißbrauch/ -abhängigkeit und schizophrene bzw. psychotische Störungen auf. Ersteres mag daran liegen, daß auch Männer mit Anorexia nervosa vom binge eating/-purging-Typus in der Stichprobe enthalten waren und Substanzabusus bei dieser Subgruppe häufiger auftritt (Holderness, Brooks-Gunn & Warren, 1994; Herzog, Keller, Sacks, Yeh & Lavori, 1992). Letzteres erklären Striegel-Moore et al. (1999^a) mit dem Vorliegen einer möglicherweise distinkten Subform der Erkrankung, die bisher wenig bekannt ist. Wahrscheinlicher erscheint jedoch, daß diese Diagnosen durch methodische Mängel der Studie zustande kamen, nämlich durch die Übernahme der Diagnosen von Klinikern, die möglicherweise Schwierigkeiten hatten, beide Symptombilder differentialdiagnostisch abzugrenzen.

Männer mit Bulimia nervosa wiesen ebenfalls hohe Raten von affektiven Störungen und Substanzmißbrauch/-abhängigkeit, zusätzlich aber auch eine hohe Rate (29%) an Persönlichkeitsstörungen, auf. Ergebnisse von Herzog et al. (1992) bei Frauen weisen in dieselbe Richtung: den Autoren zufolge haben v.a. Frauen mit Anorexia nervosa vom binge eating/-purging-Typus signifikant häufiger auch eine komorbide Persönlich-

keitsstörung.

Der Vergleich zwischen Männern und Frauen bei Striegel-Moore et al. (1999^a, 1999^b) zeigte weiterhin, daß Frauen über alle Eßstörungen hinweg signifikant häufiger an affektiven Störungen, Anpassungsstörungen oder Persönlichkeitsstörungen (v.a. Borderline) litten. Männer hingegen litten signifikant häufiger an Schizophrenie oder anderen psychotischen Störungen. Keine Unterschiede in den Komorbiditätsraten von Männern und Frauen ergaben sich hinsichtlich Angststörungen und Substanzmißbrauch/ -abhängigkeit.

Obwohl die untersuchte Stichprobe sehr groß war (N (Frauen) = 24 041; N (Männer) = 466 590) sind diese Daten nur schwer auf die Allgemeinbevölkerung generalisierbar, zumal die Fallzahlen in den einzelnen diagnostischen Subkategorien klein sind. Die Studie weist zudem den methodischen Mangel auf, daß die verwendeten Methoden zur Identifikation positiver Fälle als unzulänglich betrachtet werden können (keine klinischen Interviews).

In einer weiteren Studie mit 135 Männern mit Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Eßstörungen-NNB fanden Carlat et al. (1997) vergleichbar hohe Zahlen für die Komorbidität von Major Depression, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen und besonders von Substanzmißbrauch und Substanzabhängigkeit. Zudem konnten die Autoren auch bei Verwandten ersten Grades eine Häufung affektiver Störungen sowie von Substanzmißbrauch feststellen. So gaben 36% der männlichen College-Studenten mit Eßstörungen in Olivardia et al.'s (1995) Studie an, zumindest einen Verwandten ersten Grades zu haben, der unter einer Major Depression litt. In der Kontrollgruppe taten dies nur 16%. Signifikant mehr Frauen (67%) gaben an, zumindest einen Verwandten ersten Grades zu haben, der unter einer Major Depression litt. Köpp, Grabhorn, Herzog, Deter, von Wietersheim & Kröger (1999) fanden im Rahmen ihrer multizentrischen Studie zu Therapieeffekten stationärer psychodynamischer Behandlungen, daß bei Männern mit Bulimia nervosa häufiger als bei Frauen mit Bulimia nervosa von Experten Persönlichkeitsstörungen (ohne genaue Angabe des Typs) diagnostiziert wurden.

Die Männer mit Bulimia nervosa in der Studie von Schneider & Agras (1987) berichteten mehr Probleme mit Drogen und Alkohol als die bulimischen Frauen der Studie, was die Autoren unter dem Begriff „sozial deviantes Verhalten“ subsummieren und leider nicht weiter diagnostisch differenzieren.

2.3 Die Ätiologie gestörten Eßverhaltens bei Männern

2.3.1 Biologische Faktoren

Ein zentraler biologischer Unterschied zwischen Jungen und Mädchen, der als protektiver Faktor bezüglich Eßstörungen bei Jungen und dementsprechend als Risikofaktor für Mädchen diskutiert wird, betrifft das spätere Eintreten der Jungen in die Phase der Pubertät (Eller, 1993). Jungen erreichen diese Phase im Mittel zwei Jahre später als Mädchen, ein Phänomen, das als *sekundäre Akzeleration* bezeichnet wird (Fichter, 1985). Die daraus resultierende fortgeschrittenere psychologische Reife der Jungen bei Beginn der Pubertät kann protektiv wirken, und Jungen, die im Vergleich zu Gleichaltrigen früher pubertieren, könnten folglich ein erhöhtes Risiko aufweisen, an einer Eßstörung zu erkranken. Durch die körperlichen Veränderungen der Pubertät weisen Jungen einen niedrigeren Anteil an Körperfett und einen höheren Grundumsatz im Ruhezustand auf als Mädchen (Andersen, 1997; Andersen & Holman, 1997; Striegel-Moore, Silberstein & Rodin, 1986). Hinsichtlich der Verteilung von Körperfett existiert ein sexueller Dimorphismus bei den Geschlechtern: während Frauen Fettdepots mehr an Körperstamm und Extremitäten ausbilden, finden bei Männern Fettspeicherungen mehr im Abdominalbereich statt, was mit einem möglicherweise höheren Risiko für Folgeerkrankungen verbunden ist (Fichter, 2000^a).

Eine Gewichtszunahme in der Pubertät ist bei Mädchen in erster Linie eine Zunahme an Körperfett und daher unerwünscht, bei Jungen eine Zunahme an Muskelmasse und daher erwünscht. Durch ihren höheren Grundumsatz im Ruhezustand nehmen Jungen und Männer, selbst wenn sie Diäten beginnen, erfolgreicher ab als Frauen und sind so zusätzlich vor weitergehenden, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Verhaltensweisen bzw. vor purging - Verhalten geschützt (Striegel-Moore et al., 1986).

Die genannten Faktoren könnten dazu beitragen, daß einerseits Mädchen in der Pubertät beginnen, Diäten zu machen bzw. gegensteuernde Maßnahmen zu ergreifen, während Jungen eher bemüht sind, gezielt Gewicht in Form von Muskelmasse zuzunehmen. Da Diäten einen Risikofaktor für die Entwicklung einer Eßstörung darstellen (Polivy & Herman, 1985), könnte so die unterschiedliche Geschlechterverteilung der Prävalenzen bei Eßstörungen zustande kommen. Männer, die schon im Kindes- oder Jugendalter an Übergewicht leiden, hätten somit auch ein erhöhtes Risiko, an einer Eßstörung zu erkranken.

Anorexia nervosa und Bulimia nervosa treten mit gewisser familiärer Häufung auf. Laut Fichter (2000^a; 2000^b) spielen genetische Faktoren für das Auftreten von Bulimia nervosa und mehr noch von Anorexia nervosa eine Rolle. Schwestern von Frauen mit Anorexia nervosa haben demnach ein Risiko von 6%, selbst an einer Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa zu erkranken. Die erste Studie, die systematisch Verwandte ersten Grades von Männern mit Anorexia nervosa hinsichtlich der Auftretenshäufigkeit von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa untersucht und die Ergebnisse mit einer Kontrollgruppe und einer Gruppe von Frauen vergleicht, stammt von Strober, Freeman, Lampert, Diamond & Kaye (2001). Die Autoren fanden, daß sich die anorektische Symptomatik lediglich bei weiblichen Verwandten ersten Grades manifestiert. So hatten weibliche Verwandte von anorektischen Männern gegenüber den weiblichen Verwandten der Kontroll-Männer ein 20,3fach erhöhtes Risiko, ebenfalls an einer Anorexia nervosa zu erkranken. Das Risiko für weibliche Verwandte, einzelne Symptome, jedoch nicht das Vollbild einer Anorexia nervosa zu entwickeln, war 3,3fach erhöht. Insgesamt trat die anorektische Symptomatik 9,1fach häufiger bei weiblichen Verwandten der anorektischen Männer auf. Übergänge zur Bulimia nervosa fanden nicht statt. Die Autoren folgern, daß die Anorexia nervosa beim Mann eine malignere Erkrankung als bei Frauen darstellt, die folglich eine höhere „Ladung“ auf ungünstigen genetischen Faktoren oder Umweltbedingungen erfordert, um zum Ausbruch zu kommen, als dies bei Frauen der Fall ist. Diese Hypothese sollte in weiteren Studien aufgegriffen werden, um die Heritabilität von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa zu klären. Für Eßstörungen-Präventionsprogramme würde dies bedeuten, daß diese sich in erster Linie auf weibliche Verwandte ersten Grades beziehen sollten, da hier das größte Erkrankungsrisiko zu bestehen scheint.

2.3.2 Soziokulturelle Faktoren

Was wir essen und in welchem Rahmen wir unsere Mahlzeiten zu uns nehmen, wird in hohem Maße durch die Kultur determiniert, in der wir leben (Fichter, 2000^a). In Industrieländern, die permanentem Nahrungsüberfluß ausgesetzt sind, kann ein Schönheitsideal, das besonders niedriges Gewicht propagiert, als Regulativ gegen eine übermäßige Verbreitung von Übergewicht und Adipositas in der Bevölkerung und damit einhergehende gesundheitliche Risiken betrachtet werden. Angesichts der

Tatsache, daß laut Mickalide (1990) ein Viertel aller Amerikaner übergewichtig sind, erscheint die Notwendigkeit für ein derartiges Regulativ besonders plausibel (Zahlen des National Center for Health Statistics der USA, 1988; in Mickalide, 1990).

Äußere Erscheinung und Attraktivität spielen in westlichen Kulturen bereits im Kindesalter eine große Rolle. Studien konnten zeigen, daß bei Männern in westlichen Kulturen vor allem muskulöse, wohlproportionierte, mesomorphe Körperformen bzw. hypermesomorphe Körperformen, gekennzeichnet durch einen muskulösen Oberkörper, breite Schultern und eine schmale Taille, als besonders attraktiv gelten (Mishkind et al., 1986). Laut Mishkind et al. (1986) werden diese Körperformen letztlich mit Männlichkeit assoziiert und Männern mit mesomorphen Körperformen werden im Gegensatz zu solchen mit ectomorphen (dünnen) bzw. endomorphen (dicken) Körperformen mehr positive Persönlichkeitseigenschaften zugeschrieben. Die Autoren sehen bei Männern einen besonders engen Zusammenhang zwischen der Bewertung des eigenen Körpers als funktionsfähig/aktiv als attraktiv/männlich im Gegensatz zu Frauen, bei denen die Bewertung des eigenen Körpers als ästhetisch und weniger als funktionsfähig im Vordergrund stünde. Eine in Studien bei Männern mit Anorexia nervosa beobachtete exzessivere sportliche Betätigung im Vergleich zu Frauen (Fichter & Daser, 1987; Oyebode et al., 1988; Sharp et al., 1994) scheint also für Männer ein sozial akzeptiertes und sogar erwünschtes Mittel der Gewichtskontrolle zu sein im Gegensatz zu Diäten, die eher bei Frauen als sozial akzeptiert gelten.

Schur et al. (2000) konnten in einer Studie mit Schulkindern zeigen, daß äußere Erscheinung und Attraktivität bereits im Alter von 9-12 Jahren beginnen, eine wichtige Rolle zu spielen. Über 40% der von den Autoren befragten Jungen in dieser Altersgruppe hatten bereits versucht, Gewicht zu verlieren oder zuzunehmen und waren bereit, auf dieses Ziel hin sowohl ihr Ernährungsverhalten als auch ihre sportliche Betätigung auszurichten. Auch Andersen & Holman (1997) stellen fest, daß zwischen dem 8. und 11. Lebensjahr mit der Internalisierung kultureller Normen die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper wächst. Diese Unzufriedenheit beziehe sich bei Mädchen auf Körperregionen von der Taille abwärts, bei Jungen auf Körperregionen von der Taille aufwärts. Andersen & Holman (1997) betonen, daß ebenso viele Jungen Gewicht verlieren wie zunehmen wollen, während 90% bis 95% der Mädchen ausschließlich Gewicht verlieren wollen.

Mishkind et al. (1986) sehen in dem hohen Wert, den die westliche Gesellschaft dem „Self-Management“ und der Selbstkontrolle zuschreibt, einen wichtigen soziokulturellen Faktor für die Genese gestörten Eßverhaltens. Die körperliche Erscheinung macht das Ausmaß der vorhandenen Selbstkontrolle ständig transparent: „Western society currently places an unprecedented emphasis on life-style change and self-management as the major health-promoting activities (...), so the body symbolizes the extent of one’s self-corrective behavior” (Mishkind et al., 1986, S. 555). Bereits in den 80er Jahren des vergangenen Jahrhunderts beobachteten die Autoren eine Zunahme der Zahl von Männern, die sich Diäten unterzogen, um einerseits einem gewissen Schönheitsideal zu entsprechen, andererseits aber auch gesundheitliche Risiken abzuwenden. Laut Polivy & Herman (1985) kann jedoch jede bewußte Beeinflußung des Eßverhaltens zur Entwicklung gestörten Eßverhaltens führen. Ein kognitiver Eßstil im Gegensatz zu einem durch physiologische Parameter, also z.B. Hungergefühle, bestimmten Eßstil kann Kontrollverlust provozieren und die Vulnerabilität für gestörtes Eßverhalten im Sinne von Eßanfällen und gegensteuernden Maßnahmen erhöhen.

Vor dem Hintergrund des durch die Medien übermittelten männlichen Körper-Ideals des „low-fat-looks“ (möglichst geringer Anteil an Körperfett relativ zur Körpermasse) werden Medikamente wie anabolische Steroide zum Aufbau von Muskelmasse für Männer zunehmend attraktiv (Pope et al., 2000). Viele auch ärztlich verordnete Medikamente zur Gewichtsabnahme bzw. zur Beeinflussung des Lipidstoffwechsels (z.B. Xenical) suggerieren die Erreichbarkeit gängiger Körper-Ideale für jede Person, unabhängig von biologischen und anatomischen Dispositionen.

2.3.3 Psychologische Faktoren

Unter den psychologischen Faktoren, die für die Ätiologie gestörten Eßverhaltens bei Männern eine Rolle spielen und die zum Anstieg der Behandlungsinzidenzen gerade in den letzten drei Dekaden des vergangenen Jahrhunderts beigetragen haben könnten, kommt der veränderten Rollenverteilung zwischen Männern und Frauen ein besonderer Stellenwert zu. Im Zuge der Öffnung von Männerdomänen für Frauen wird Selbstbestätigung für Männer in Abgrenzung zum weiblichen Geschlecht vor allem im beruflichen Bereich schwieriger, oder wie Mishkind et al. (1986, S. 555) es ausdrücken: “One of the only remaining ways men can express and preserve traditional male

characteristics may be by literally embodying them.“ Die Autoren schlußfolgern in ihrer Polarisierungshypothese, die überzeichneten und gegensätzlichen Körperideale für Männer und Frauen entstünden aus dem Wunsch, traditionelle Rollenunterschiede und die Abgrenzung zwischen Männern und Frauen zu konservieren.

Fichter & Daser (1987) stellten die Hypothese auf, daß typisch weibliche Verhaltensweisen bzw. atypisches Geschlechtsrollenverhalten und eine nicht ausreichend konsolidierte Geschlechtsrollenidentität bei Jungen/Männern der Entwicklung einer Anorexia nervosa Vorschub leisten könnten. Die Autoren untersuchten 42 Männer, von denen die meisten unter einer Anorexia nervosa vom bulimischen Typus litten, und fanden in vielen Fällen eine geringe Identifikation mit dem Vater (wobei in 33% der Fälle der Väter getrennt von der Familie lebte bzw. verstorben war) und eine unzureichende Übernahme männlicher Rollenattribute. Durch die Aufweichung traditioneller Rollenmuster scheint bei Männern eine Verunsicherung stattzufinden, die sich entweder in einer Überidentifikation mit männlichen Rollenattributen oder der Ablehnung derselben und einer daraus resultierenden Weigerung zur Übernahme geschlechtsrollentypischen Verhaltens äußern kann. Im Zuge der Aufweichung traditioneller Rollenmuster hat eine Diversifizierung von Rollenanforderungen stattgefunden, die in Widersprüchen mündet und eine Identifikation mit männlichen Rollenattributen erschwert. Andersen (1992, S. 66) formuliert dies wie folgt: „It appears that males in our society (...) perceive they are being asked to develop a fit, mesomorphic athletic appearance, indifference to danger, an egalitarian attitude toward women, along with a sense of humour, and the sensitivity of a poet“.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß die Ätiologie von Eßstörungen bei Männern und auch Frauen am besten durch eine komplexe Interaktion biologischer, soziokultureller und psychologischer Faktoren erklärt werden kann. Den soziokulturellen und psychologischen Faktoren kommt eine Schlüsselrolle hinsichtlich der Erklärung der Zunahme der Behandlungsinzidenz bei Männern zu, da in diesem Bereich die wesentlichen Veränderungen in den letzten drei Dekaden stattgefunden haben dürften.

2.4 Der Verlauf von Eßstörungen bei Männern

2.4.1 Risikofaktoren für Eßstörungen bei Männern

Die Suche nach Risikofaktoren für Eßstörungen bei Männern hat letztlich die Entwicklung bzw. Weiterentwicklung effektiver Präventionsprogramme zum Ziel. Da unterschiedliche Risikofaktoren in unterschiedlichen Entwicklungsstufen bzw. Altersgruppen zum Tragen kommen (Paxton, 1998), ist differenziertes Wissen um diese Faktoren und deren Wechselwirkungen von Nöten, um Maßnahmen im Bereich der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention von Eßstörungen vorantreiben zu können. Risikofaktoren aus den folgenden Bereichen sind für Männer in der Literatur diskutiert worden und werden im folgenden dargestellt: Alter bei Beginn der Eßstörung, prämorbidetes Gewicht, Körperschema und Diätverhalten, Beruf und sportliche Betätigung, (Homo-) Sexualität bzw. Geschlechtsrollenidentität, Komorbidität.

2.4.1.1 Alter bei Beginn der Eßstörung

Carlat & Camargo (1991) stellen in ihrer Überblicksarbeit zu Bulimia nervosa bei Männern fest, daß das durchschnittliche Alter bei Beginn der Störung bei Männern mit 18-26 Jahren höher liegt als bei Frauen (15-18 Jahre). Die 24 anorektischen Männer in Sharp et al.'s (1994) Studie hatten auch ein höheres Durchschnittsalter bei Beginn der Störung (18,6 Jahre) als die Frauen der Studie (17,5 Jahre). Auch die 17 anorektischen Männer in der Studie von Köpp et al. (1999) hatten ein höheres Alter bei Beginn der Störung als die untersuchten Frauen. Die Ergebnisse von Braun et al. (1999) weisen in dieselbe Richtung: die 51 untersuchten Männer waren signifikant älter (20,6 Jahre) als die weibliche Vergleichsgruppe (17,2 Jahre). Auch in Striegel-Moore et al.'s (1999^a, 1999^b) Studie waren die diesbezüglichen Ergebnisse signifikant und weisen in dieselbe Richtung. Bei Olivardia et al. (1995) hingegen hatten die 25 untersuchten Männer mit Eßstörungen ein durchschnittliches Alter bei Beginn der Eßstörung von 14,7 Jahren. Befunde von Fichter & Quadflieg (1997; 1999^a), die eine große Stichprobe anorektischer (N=103) und bulimischer (N=196) Frauen zwei und sechs Jahre nach Klinikaufenthalt befragten, lassen erwarten, daß sich ein früher Erkrankungsbeginn sowohl bei Anorexia nervosa als auch Bulimia nervosa prognostisch eher ungünstig auswirkt. Fichter & Quadflieg (1995) weisen jedoch darauf hin, daß das Alter bei

Beginn der Eßstörung ein unzuverlässiger Prädiktor für das Verlaufsergebnis ist, da es mit anderen Variablen, wie Dauer der Erkrankung, korreliert ist.

Ein wichtiger biologischer Unterschied zwischen Jungen und Mädchen, der in Zusammenhang mit dem Lebensalter als Risikofaktor für Eßstörungen diskutiert wird, ist die sogenannte *sekundäre Akzeleration* (s. Kapitel 2.3.1). Durch die körperlichen Veränderungen der Pubertät haben Mädchen einen im Vergleich zu Jungen höheren Anteil an Körperfett (Andersen, 1997) und einen niedrigeren Grundumsatz im Ruhezustand (Striegel-Moore et al., 1986). Die damit einhergehende Unzufriedenheit mit dem weiblichen Körper kann für Mädchen einen Risikofaktor für Eßstörungen darstellen (Eller, 1993). Dies alles könnte dazu beitragen, daß Mädchen beginnen, Diäten zu machen und/oder andere gegensteuernde Maßnahmen ergreifen. Dies bedeutet auch, daß Jungen, die im Vergleich zu Gleichaltrigen früher pubertieren und/oder an Übergewicht leiden, ein erhöhtes Risiko haben könnten, an einer Eßstörung zu erkranken.

2.4.1.2 Prämorbides Gewicht

Viele Studien stellten fest, daß Übergewicht oder Fettleibigkeit einer Eßstörung bei Männern häufig vorausgeht. Die Männer mit Bulimia nervosa in Carlat et al.'s (1997) Studie waren im Vergleich zu denen mit Anorexia nervosa oder nicht näher bezeichneten Eßstörungen signifikant häufiger vor Beginn der Eßstörung übergewichtig und hatten auch bei Studienbeginn ein höheres Gewicht. 53% der Männer in dieser Studie gaben an, daß schon ihre Eltern übergewichtig gewesen seien, aber auch hier war das Ergebnis nur bei den Männern mit Bulimia nervosa signifikant. Über 60% der von Andersen (1992) untersuchten Männer waren als Kinder oder Jugendliche übergewichtig. In der Studie von Herzog et al. (1984) hatten 64% der bulimischen Männer prämorbidem Übergewicht, bei den Frauen waren es lediglich 37%, dieser Unterschied war jedoch nicht statistisch signifikant. Auch Crisp et al. (1986) berichten, daß die anorektischen Männer ihrer Studie bei Krankheitsbeginn signifikant mehr Übergewicht aufwiesen als die zu Studienbeginn ebenfalls anorektischen Frauen. Ähnlich stellten Sharp et al. (1994) eine Tendenz zum prämorbidem Übergewicht bei ihren 24 Männern mit Anorexia nervosa fest, wobei das prämorbidem Durchschnittsgewicht der Stichprobe bei 114,7% des „Matched Population Mean Weight“ (MPMW) lag. In Zusammenhang

mit Übergewicht im Kindes- oder Jugendalter berichten Männer, die unter Eßstörungen leiden, häufig von Kränkungen bzw. Hänseleien durch Gleichaltrige. Dies könnte den psychischen Druck, Gewicht abzunehmen, gerade in jungen Jahren erhöhen. Andersen & Holman (1997) weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, daß der Wunsch abzunehmen, um wiederholte Hänseleien oder Kränkungen aufgrund des Körpergewichts zu vermeiden, typisch sei für viele Männer, jedoch nicht für Frauen.

2.4.1.3 Körperschema und Diätverhalten

Das Diätverhalten und der Wunsch abzunehmen stehen in engem Verhältnis zu prämorbidem Übergewicht und der Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und stellen eine logische Konsequenz aus diesen Faktoren dar. Andersen (1995, S. 178) stellt fest, „daß sich die meisten Frauen, die Diäten machen, dick fühlen, während rund die Hälfte aller Männer, die Diäten machen oder abnehmen wollen, im medizinischen Sinne mehr oder weniger dick sind“. Im Unterschied zu Mädchen oder jungen Frauen ist ein besonders niedriges Körpergewicht nicht das primäre Ziel der Diätversuche bei jungen Männern: im Vordergrund steht eher das Aufbauen oder „Definieren“ von Muskelmasse bzw. von bestimmten Muskelgruppen (Andersen, 1997). Schneider & Agras (1987) und Edwin & Anderson (1990) fanden, daß das mittlere erwünschte Körpergewicht bei Männern mit Bulimia nervosa signifikant höher lag als das von Frauen mit Bulimia nervosa. Dies legt nahe, daß Männer mit Bulimia nervosa eine weniger auf reine Gewichtsreduzierung fokussierte Einstellung bezüglich ihres Körpergewichts aufweisen bzw. weniger besorgt sind um ihr absolutes Körpergewicht, die Schwelle für das Auftreten von gegensteuernden Maßnahmen also möglicherweise höher liegt. Striegel-Moore et al. (1986) weisen zudem darauf hin, daß Männer durch ihren im Vergleich zu Frauen höheren Grundumsatz im Ruhezustand erfolgreicher Diäten machen können, da sie schneller an Gewicht verlieren und daher vor den Enttäuschungen fehlgeschlagener und wiederholter Diätversuche eher verschont bleiben. Die bei Männern mit Anorexia nervosa exzessivere sportliche Betätigung im Vergleich zu Frauen (Fichter & Daser, 1987; Oyeboode et al., 1988; Sharp et al., 1994) scheint für Männer ein sozial akzeptiertes und sogar erwünschtes Mittel der Gewichtskontrolle zu sein, im Gegensatz zu Diäten, die eher bei Frauen als sozial akzeptiert gelten.

Obwohl sich Eßstörungen bei beiden Geschlechtern vor allem in kulturellen Kontexten manifestieren, in denen Schlanksein besonders positiv belegt ist, ist der soziokulturelle

Druck, dünn bzw. schlank zu sein, für Frauen besonders hoch (Garner, Garfinkel, Schwartz & Thompson, 1980; Fichter, 2000^a). So belegten Andersen & Di Domenico (1992), daß sich in Zeitschriften für Frauen, schwerpunktmäßig für die Altersgruppe von 18 bis 24 Jahren, weit mehr Anzeigen bzw. Werbung zum Thema Abnehmen und Diät finden, als in Zeitschriften für Männer derselben Altersgruppe. Die Autoren fanden ein Verhältnis von 10:1 für Frauen versus Männer, was das Geschlechterverhältnis bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa widerspiegelt. Es ist also denkbar, daß Mädchen und Frauen durch die höhere Exposition gegenüber einschlägiger Werbung zumindest in den Printmedien, häufiger Diäten initiieren und eßgestörtes Verhalten dadurch gefördert wird.

Pope, Olivardia, Gruber & Borowiecki (1999) untersuchten die Hypothese, daß sich kulturelle Erwartungen bezüglich des männlichen Körperideals in populären Spielsachen widerspiegeln, die in den USA die letzten 30 Jahre hohen Absatz fanden. Die Autoren konnten zeigen, daß männliche Action-Figuren wie „GI-Joe“ oder „Star-Wars“- Figuren über die letzten drei Dekaden Zeit hinweg muskulöser wurden und einzelne Muskelgruppen immer differenzierter und definierter dargestellt wurden. Mit Methoden der klassischen Allometrie konnten die Autoren diese Körperformen auf menschliche Maße übertragen und stellten dabei fest, daß derart überdimensionierte Maße nicht einmal bei Bodybuildern real existieren bzw. denkbar sind. Es ist nicht klar, ob diese Ergebnisse eine Veränderung des männlichen Körperideals in unserer Gesellschaft lediglich widerspiegeln oder ob vielmehr durch die Medien, insbesondere durch die steigende Zahl an Schönheits- und Gesundheitsmagazinen für Männer, solche Trends erst gesetzt werden. Denkbar ist in diesem Zusammenhang jedoch auch, daß bei den erwähnten Figuren bestimmte Körperstellen gezielt überbetont werden, um Kraft darzustellen.

Rosen & Gross (1987) erfaßten bei 1373 High-School-Studenten Versuche, ab- bzw. zuzunehmen. Während die untersuchten Mädchen 4 mal häufiger z.B. durch Diäten und Bewegung bestrebt waren, Gewicht zu verlieren, fand sich bei den Jungen eine 3fach höhere Wahrscheinlichkeit für Versuche, zuzunehmen. Cohane & Pope (2001) stellen in ihrem Überblicksartikel über 17 Studien zum Thema „Körperschema bei Jungen“ ebenfalls fest, daß Mädchen häufiger Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper äußern als Jungen und in der Folge dünner sein wollen. Viele Jungen wiesen diese Unzufriedenheit auch auf, jedoch wollten etwa ebenso viele Jungen Gewicht zunehmen wie auch verlieren. Zufriedenheit mit dem eigenen Körper war bei den Jungen über viele

Studien hinweg positiv mit dem Selbstwertgefühl korreliert. Die Autoren weisen auf eine wichtige Unterscheidung hin: eine erwünschte Gewichtszunahme bei den Jungen bezieht sich auf eine Zunahme an Muskeln, nicht an Fett. Viele Studien können diese wichtige Unterscheidung nicht hinreichend abbilden, da die verwendeten Methoden (zumeist gezeichnete Figuren, anhand derer von Probanden Ist- und Idealkörperschema aufgezeigt werden sollen) dafür nicht geeignet sind. Cohane & Pope (2001) schlagen daher alternative Erhebungsmethoden vor, um diesen Sachverhalt zu berücksichtigen und plädieren für eine Unterscheidung in BMI (Body Mass Index) und FFMI (Fat Free Mass Index; Pope et al., 2000).

All diese Ergebnisse weisen darauf hin, daß in westlichen Gesellschaften Weiblichkeit eng an schlanke bzw. ektomorphe Körperformen, Männlichkeit hingegen eher an muskulöse, mesomorphe Körperformen geknüpft ist (Striegel-Moore et al., 1986; Mickalide, 1990). Laut Andersen & Holman (1997) verfolgen Frauen daher mit Diäten und der Vermeidung von Fett eher ein „weight goal“, die Männer hingegen ein „shape goal“. Im Zuge des in den Medien propagierten „low-fat-look“ (möglichst geringer Anteil an Körperfett relativ zur Körpermasse) erlangen Diäten als Mittel, dem Schönheitsideal bei gleichzeitigem körperlichen Training näherzukommen, für Männer immer mehr an Bedeutung. Die Verringerung der Kalorienzufuhr führt jedoch zu einem niedrigeren Grundumsatz, so daß bei anschließender Erhöhung der Kalorienzufuhr eine rasche Gewichtszunahme erwartet werden kann. Die Zeit, die der Körper benötigt, um auf ein normales Niveau hinsichtlich des Grundumsatzes zurückzukehren, ist dabei umso länger, je länger eine Diät eingehalten wurde (Mishkind et al., 1986). Im Zuge des Starvationszustandes auftretende Heißhungergefühle sowie die Frustration aufgrund erneuter, meist über den Ausgangszustand hinausgehender Gewichtszunahme, können zu Symptomen eßgestörten Verhaltens führen (Polivy & Herman, 1985).

Bis heute gibt es nur wenige Erkenntnisse zu interkulturellen Unterschieden hinsichtlich der Unzufriedenheit von Männern mit dem eigenen Körper. Eine Studie von Mangweth, Pope, Hudson, Olivardia, Kinzl & Biebl (1997) legt jedoch nahe, daß solche Unterschiede existieren. Die Autoren fanden in ihrer Untersuchung, daß bei einer Stichprobe amerikanischer Männer die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper durchweg größer war als bei einer vergleichbaren Stichprobe österreichischer Männer. Obwohl der Body Mass Index (BMI) bei den Österreichern sogar leicht höher lag als bei den

Amerikanern, gaben sowohl die Amerikaner der eßgestörten Gruppe als auch der Kontrollgruppe häufiger an, sie fühlten sich dick oder „fett“. Da die Autoren dieses Ergebnis laut eigener Angaben auch bei einer Stichprobe von Frauen fanden, scheint hier wirklich ein kulturspezifischer Faktor zugrunde zu liegen.

Burns & Crisp (1985) konnten in ihrer Studie mit 27 anorektischen Männern 2 Jahre nach Erstuntersuchung keine spezifischen Diätgewohnheiten als Prädiktoren für das jeweilige Verlaufsergebnis ermitteln. Im Gegensatz zu den Frauen fanden sie bei den Männern einen schwachen Zusammenhang zwischen dem Fehlen bulimischer Symptome und schlechtem Verlaufsergebnis. Die Autoren interpretierten dieses paradox anmutende Ergebnis als Effekt einer Subgruppe von extrem restriktiven Anorektikern in ihrer Stichprobe, die einen sehr ungünstigen Verlauf der Eßstörung aufwiesen und demnach das Ergebnis in diese Richtung verzerrt haben könnten.

2.4.1.4 Beruf und sportliche Betätigung

Um der Frage nachzugehen, ob Männer mit Eßstörungen in bestimmten Risiko-Berufen überrepräsentiert sind, teilten Carlat & Camargo (1997) 109 Männer ihrer Stichprobe nach Berufsgruppen ein. Es stellte sich heraus, daß immerhin 16% der Männer in Berufen tätig waren, in denen die äußere Erscheinung sehr wichtig war (z.B. Schauspieler, Models), die mit Nahrungsaufnahme zu tun hatten (z.B. Gastronomen) oder die traditionellerweise Frauenberufe waren (z.B. Floristen, Kinder- oder Krankenpfleger). Einige Patienten gaben an, daß ihr Beruf ausschlaggebend war für den Beginn der Eßstörung. Garner & Garfinkel hatten in einer Untersuchung mit Frauen (Ballett-Tänzerinnen und Models) bereits 1980 Ergebnisse vorgelegt, die vermuten ließen, daß bestimmte Berufsgruppen einem höheren Risiko für Anorexia nervosa und Eßstörungen im Allgemeinen ausgesetzt sind. Die Prävalenz für Anorexia nervosa in dieser Untersuchung lag bei 7%, wobei die Fälle wiederum gehäuft in denjenigen Ausbildungsklassen auftraten, in denen ein hoher Leistungsdruck im Hinblick auf Professionalität und Karriere vorherrschte.

Neben der Wahl des Berufs wird sportliche Betätigung und sportlicher Ehrgeiz als Risikofaktor für gestörtes Eßverhalten angesehen. Yates, Leehey & Shisslak (1983) stellten die Hypothese auf, daß gesteigerter Bewegungsdrang und obsessives Laufen bei

männlichen Anorektikern ein Äquivalent zum rigiden Diätverhalten bei Frauen mit Anorexia nervosa darstellen. Powers, Schocken & Boyd (1998) untersuchten diese Hypothese indem sie 20 männliche und 20 weibliche Läufer mit 17 Frauen, die unter Anorexia nervosa litten und deswegen in Behandlung waren, verglichen. Hinsichtlich Psychopathologie und physiologischer Daten konnten die Autoren keine großen Ähnlichkeiten bei den Gruppen aufdecken. Die Anorexia nervosa Patienten der Studie hatten höhere Depressionswerte im Beck Depressions Inventar (BDI), höhere Werte in einzelnen MMPI-Subskalen (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) und wiesen auch höhere Werte hinsichtlich ihrer Körperschemastörung auf. Auch viele physiologische Parameter lagen bei den Frauen mit Anorexia nervosa im Gegensatz zu den Läufern und Läuferinnen nicht im normalen Bereich. Regelmäßiges, leistungsorientiertes Laufen konnte zumindest in dieser Studie also nicht als männliches Analogon zur Anorexia nervosa bei Frauen bestätigt werden. Größere Stichprobenzahlen und die Untersuchung männlicher Anorektiker wären in diesem Zusammenhang jedoch wünschenswert.

Bei einigen Sportarten, wie z.B. Boxen oder Ringen, spielt die Einteilung der Athleten in bestimmte Gewichtsklassen eine große Rolle und bei manchen Sportarten ist ein niedriges Gewicht von Vorteil. Dies führt bei den Sportlern, zumal bei jenen, die sich an Wettkämpfen beteiligen, zur Notwendigkeit, das eigene Eßverhalten kritisch zu überwachen und wenn nötig, Diät zu halten. In Braun et al.'s (1999) Studie berichteten signifikant mehr Männer als Frauen, „Berufe bzw. Sportarten auszuüben, in denen Gewicht und Gewichtskontrolle ausschlaggebend ist für gute Leistung“ (S. 419). Bei drei der zwölf männlichen Bulimiker in Mitchell & Goff's (1985) Studie war der Beginn der Bulimie mit der sportlichen Betätigung und damit der Notwendigkeit, bestimmte Gewichtsklassen zu belegen, verbunden. Auch Fichter et al. (1985) stellten bei männlichen Anorektikern eine Tendenz fest, körperliche Fitness, Erscheinungsbild und Muskelkraft im Vergleich zu Frauen höher- bzw. überzubewerten. Um die Prävalenz subklinischer Eßstörungen, bei Sportlern zu bestimmen, untersuchten Thiel, Gottfried & Hesse (1993) 59 Ruderer und 25 Ringer mit dem Eating Disorder Inventory (EDI). Der Terminus „subklinische Eßstörung“ meint hierbei ein teilweises Vorhandensein klinischer Symptome einer Eßstörung, die jedoch nicht behandlungsbedürftig ist oder aktuell nicht behandelt wird. 11% der Athleten erfüllten die Kriterien für eine subklinische Eßstörung und 52% berichteten von Heißhungerattacken; diese Zahlen übersteigen bei weitem die Zahlen der männlichen Normalbevölkerung. Was die

Methodik dieser Studie anbelangt muß kritisch erwähnt werden, daß lediglich das EDI, ein Selbsteinschätzungsverfahren, zum Einsatz kam.

Ein weiterer Grund für Männer, ihr Gewicht zu kontrollieren und sich sportlich zu betätigen, ist der Wunsch, sogenannte Zivilisationskrankheiten wie Diabetes mellitus, Herz-/ Kreislaufkrankungen oder Krebs, die manche Männer von ihren Vätern kennen, zu vermeiden (Andersen & Holman, 1997; Andersen, 1992; Mishkind et al., 1986). So heißt eines der populärsten Magazine für Männer, in dem Fitness und das geltende männliche Körperideal vermarktet werden, „Men´s Health“.

Insgesamt scheinen Männer sozial akzeptierte Methoden wie Sport bzw. gezielte Definition von Muskeln zu wählen, um die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper und damit das Selbstwertgefühl zu erhöhen. Dies macht es bisweilen schwierig, den Übergang bzw. Beginn einer klinisch bedeutsamen Eßstörung frühzeitig zu identifizieren, da das damit verbundene Verhalten als sozial erwünscht und damit unauffällig gilt.

2.4.1.5 Homosexualität, sexuelle Hemmung und Geschlechtsrollenidentität

Die Angaben zum Auftreten von Homosexualität bei Männern in der Normalbevölkerung schwanken zwischen 1 bis 6% (Seidman & Rieder, 1994). Relativ dazu fanden einige Studien ein gehäuftes Auftreten von Homosexualität bei Männern mit Eßstörungen: in der Studie von Herzog et al. (1984) aus Boston und Carlat et al. (1997) bezeichneten sich 26-42% der untersuchten Männer mit Anorexia nervosa und/oder Bulimia nervosa als homo- oder bisexuell. Bei den eßgestörten Frauen taten dies sehr viel weniger, nämlich nur 4% (Herzog et al., 1984). Die Männer in der Studie von Herzog et al. (1984) hatten darüber hinaus im Vergleich zu den Frauen mit Eßstörungen eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, noch keine sexuelle Beziehung gehabt zu haben. In der Stichprobe von Fichter & Daser (1987) berichteten 25% der 42 anorektischen Männer, sie hätten homosexuelle Erfahrungen gemacht. Schneider & Agras (1987) berichten statistisch signifikante Unterschiede bei Männern und Frauen mit Bulimia nervosa hinsichtlich Ehe und sexueller Orientierung: mehr Frauen als Männer waren zum Zeitpunkt der Untersuchung verheiratet und mehr Männer berichteten eine homo- bzw. bisexuelle Orientierung. Fünf der 9 Männer in der Stichprobe bulimischer Männer von Robinson & Holden (1986) zeigten auffällige

Aspekte in ihrer sexuellen Entwicklung bzw. Sexualität: 3 Männer wiesen eine homosexuelle Orientierung auf, bei einem Patienten, der zusätzlich an Diabetes litt, setzte die Pubertät sehr spät ein und es konnten Hormonanomalien festgestellt werden; ein weiterer Patient hatte sich einer Operation aufgrund von Gynäkomastie unterzogen.

Gegensätzliche Ergebnisse werden von Pope et al. (1986) sowie Burns & Crisp (1984) berichtet. Die Autoren konnten kein gehäuftes Auftreten von Homosexualität in ihren Stichproben feststellen. Als Erklärungsmöglichkeiten für diese abweichenden Befunde könnten einerseits Unterschiede in der Stichprobenauswahl (Probanden aus urbanen versus ländlichen Gegenden), andererseits Unterschiede in der Definition von Homosexualität herangezogen werden. Die letztgenannten Studien verwendeten sehr strikte Kriterien für Homosexualität: bei Pope et al. (1986) war als Kriterium mindestens eine homosexuelle Erfahrung mit Orgasmus in den letzten fünf Jahren gefordert, bei Crisp et al. (1984) sogar eine bestehende feste homosexuelle Beziehung. In diesem Zusammenhang wird die Frage diskutiert, ob es sich in den genannten Fällen um genuine Homosexualität handelt oder um eine Form passagerer Homo- bzw. Bisexualität, die aus allgemeinen Ängsten bezüglich Sexualität, aus einer noch nicht gefestigten Geschlechtsrollenidentität oder aus dem Gefühl verminderter Maskulinität resultiert (s. auch Carlat & Camargo, 1991).

Heffernan (1994) gibt einen Überblick über die Literatur zu sexueller Orientierung als Risikofaktor für Eßstörungen und unterstützt die Hypothese, daß homosexuelle Männer heterosexuellen Frauen in deren Bestreben, für Männer attraktiv zu sein, sehr ähnlich seien. Sie wollen also für eine Subgruppe von Männern attraktiv sein, die selbst sehr großen Wert auf physische Erscheinung legt. Auch Befunde von Köpp et al. (1999) weisen in diese Richtung. Die Autoren führten im Rahmen einer multizentrischen Eßstörungsstudie zu Therapieeffekten stationärer psychodynamischer Behandlungsverfahren einen Vergleich von Männern und Frauen mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa durch. Männer mit Bulimia nervosa waren in dieser Studie im Vergleich zu Frauen häufiger homo- bzw. bisexuell orientiert. Trotz kleiner Männer-Stichprobe (N=17) ziehen die Autoren daraus den Schluß, daß homosexuelle Männer und heterosexuelle Frauen einem hohen Attraktivitäts-Druck unterliegen, der sie empfänglicher macht für die Entwicklung einer Eßstörung, v.a. einer Bulimia nervosa. Dieser Schluß scheint angesichts methodischer Mängel der Studie sehr weit gegriffen.

Silberstein et al. (1989) stellten fest, daß das Selbstwertgefühl homosexueller Männer sehr stark durch die äußere Erscheinung beeinflusst wird. Verglichen mit heterosexuellen Männern (N=71) waren die homosexuelle Männer (N=71) unzufriedener mit ihrem Körper und betrieben mehr Sport, mit dem erklärten Ziel, ihre Attraktivität zu erhöhen. Der Druck attraktiv, im Sinne von jugendlich und schlank, zu sein, der in der westlichen homosexuellen Subkultur besteht (Williamson, 1999), könnte die Vulnerabilität für Eßstörungen bei homosexuellen Männern erhöhen. Silberstein et al. (1989) konnten in ihrer Studie zwar keine signifikanten Unterschiede zwischen homo- und heterosexuellen Männern hinsichtlich Anzeichen gestörten Eßverhaltens finden, jedoch hatte der Wunsch nach Gewichtsverlust (operationalisiert mittels BSD, Body Size Drawings, und BES, Body Esteem Scale) unterschiedliche Konsequenzen bei homo- und heterosexuellen Männern: im Gegensatz zu heterosexuellen Männern, die Gewicht verlieren wollten, zeigten die homosexuellen Männer Anzeichen gestörten Eßverhaltens bzw. Einstellungen, die in Zusammenhang damit stehen (gemessen mit dem EAT-26, Eating Attitudes Test). Befunde von Williamson & Hartley (1998) und Russell & Keel (2002) gehen in dieselbe Richtung. Auch hier wiesen die homosexuellen Männer im Vergleich zu den heterosexuellen Männern ein höheres Maß an Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper bzw. Anzeichen gestörten Eßverhaltens auf. Einschränkung muß hier erwähnt werden, daß die Stichprobenauswahl bzw. –zusammensetzung bei beiden Studien Mängel aufweist. Bei Williamson & Hartley (1998) lag das Durchschnittsalter der Probanden bei 19,49 Jahren, eine homosexuelle Geschlechtsrollenidentität war also möglicherweise noch nicht fest etabliert. Bei Russell & Keel (2002) war das Durchschnittsalter der heterosexuellen Männer signifikant niedriger als das der homosexuellen Männer, und die Kriterien für die Klassifikation als homo- bzw. heterosexuell erscheinen willkürlich.

Es sei erwähnt, daß nicht zuletzt die Verbreitung von AIDS (Auto Immune Deficiency Syndrome) das Schönheitsideal in der westlichen homosexuellen Subkultur wesentlich beeinflusst hat. Laut Mickalide (1990) galten in der homosexuellen Subkultur ectomorphe Körperformen vor der Verbreitung von AIDS als am attraktivsten. Im Zuge des gesteigerten Bestrebens, gesund bzw. nicht krank auszusehen, rückten jedoch mesomorphe Formen als Körperideal wieder mehr in den Vordergrund.

Nicht nur Homosexualität, sondern auch Asexualität (im Sinne stark reduzierter Libido bzw. nicht vorhandener sexueller Aktivität), Ängste bezüglich Sexualität und sexuelle Hemmung sind in der Literatur bei Männern mit Eßstörungen, vor allem bei Männern mit Anorexia nervosa, dokumentiert worden (Herzog et al., 1984; Fichter & Daser, 1987; Carlat et al., 1997). In der Studie von Carlat et al. (1997) waren 58% der 30 anorektischen Männer asexuell. In ihrem Vergleich von 29 Männern und 23 Frauen mit „primärer“ Anorexia nervosa fanden Fichter & Daser (1987) bereits prämorbid und im Verlauf signifikant höhere Werte bei den Männern hinsichtlich sexueller Ängste (Experten-Einschätzung). 95% der Männern hatten versucht, ihre sexuellen Bedürfnisse zu unterdrücken und fühlten sich durch die Libidoabnahme in Folge des Gewichtsverlusts erleichtert. Die Ängste bezüglich Sexualität bezogen sich sowohl auf hetero- als auch homosexuelle Beziehungen. 72% der Männer waren 18 Jahre oder älter, es kann also nicht davon ausgegangen werden, daß es sich hierbei um rein pubertäts- bzw. entwicklungsbedingte Ängste handelte. 75% der männlichen Anorektiker gaben sogar an, Ekelgefühle bei dem Gedanken an eine sexuelle Beziehung zu haben. Da die Männer in dieser Stichprobe zudem hohe Femininitätswerte in der Persönlichkeitsdiagnostik aufwiesen, vermuten die Autoren bei Männern mit „atypischem“ Geschlechtsrollenverhalten ein möglicherweise erhöhtes Risiko, eine Eßstörung zu entwickeln. Herzog et al. (1984) fanden ein Fehlen sexueller Beziehungen signifikant häufiger bei den in ihrer Einrichtung behandelten Männern als bei den Frauen. Burns & Crisp (1985) befragten 27 Männer mit Anorexia nervosa mindestens zwei Jahre nach Erstuntersuchung, wobei sie die Verlaufsergebnis-Kategorien „Gewicht“ und „sexuelle Aktivität in den letzten 6 Monaten vor Befragung“ festlegten. „Aktive sexuelle Phantasien, Masturbation und allgemeine sexuelle Aktivität waren Prädiktoren für ein gutes Verlaufsergebnis, deren Fehlen für ein schlechtes“ (S. 326).

Zusammenhänge zwischen berichteter sexueller Mißhandlung und Eßstörungen (vor allem mit bulimischen Symptomen) bei Frauen sind in der Literatur wiederholt aufgezeigt worden (Everill & Waller, 1995; Waller, 1998; Weiner & Thompson, 1997). Bei Männern mit Eßstörungen gibt es hierzu bislang nur wenig Erkenntnisse. In der Studie von Mangweth et al. (1997), die österreichische und amerikanische Männer mit Eßstörungen vergleicht, berichteten mehr Männer der österreichischen Kontrollgruppe über Erfahrungen sexueller Mißhandlung als Männer mit Eßstörungen, während sich bei den befragten Amerikanern der entgegengesetzte Trend aufzeigen ließ. Es kann also

nicht automatisch ein Kausalzusammenhang zwischen derartigen Erlebnissen und dem Auftreten von Eßstörungen konstatiert werden, Forschungsergebnisse hierzu sind nur vereinzelt vorhanden.

2.4.1.6 Komorbidität

Um eine mögliche Komorbidität von Eßstörungen und Zwangsstörungen zu untersuchen, starteten Pigott, Altemus, Rubenstein, Hill, Bihari, L'Heureux, Bernstein & Murphy (1991) einen Vergleich zwischen 27 Männern, die an einer Zwangsstörung litten und 27 Männern aus der Normalbevölkerung hinsichtlich ihres Eßverhaltens. Die Männer mit Zwangsstörungen hatten signifikant höhere Werte als die Kontrollgruppe auf 7 von 8 Subskalen des EDI und wiesen allgemein mehr Symptome gestörten Eßverhaltens im EDI auf. Auch in Sharp et al.'s (1994) Studie mit 24 anorektischen Männern wiesen mehr als die Hälfte dieser Männer zwanghafte Persönlichkeitszüge auf. Symptome von Zwangsstörungen traten in dieser Studie bei 63% der anorektischen Männer und einem vergleichbaren Prozentsatz (52%) der anorektischen Frauen auf. Auch Sterling & Segal (1985) verweisen in ihrem Überblicksartikel zu Anorexia nervosa bei Männern auf das bereits prämorbid gehäufte Auftreten von zwanghaften Persönlichkeitszügen.

Auch Andersen (1993) weist darauf hin, daß bei Männern mit Eßstörungen häufig Persönlichkeitsstörungen, insbesondere im Sinne zwanghafter und antisozialer Ausprägungen, auftreten. In Carlat et al.'s (1997) Stichprobe von 135 Männern mit Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und nicht näher bezeichneten Eßstörungen wiesen 71% der bulimischen Männer mit der Diagnose einer Achse-II-Störung eine Persönlichkeitsstörung aus dem B-Cluster (Borderline-, Antisoziale-, Narzißtische-) auf. Die anorektischen Männer mit Persönlichkeitsstörungen verteilten sich gleichmäßig auf die drei Cluster A, B und C. Jeder der drei von Gvirtzman et al. (1983) berichteten Fälle bulimischer Männer hatte eine komorbide Borderline-Persönlichkeitsstörung, einer davon zusätzlich eine antisoziale Persönlichkeitsstörung. Impulsivität scheint also vor allem bei Personen, die bulimische Verhaltensweisen zeigen, über das Eßverhalten hinaus ein charakteristischer Faktor zu sein. In vergleichbaren Studien mit eßgestörten Frauen trat die Borderline-Persönlichkeitsstörung von allen Persönlichkeitsstörungen bei Bulimikerinnen am häufigsten auf (Rossiter, Agras, Telch & Schneider, 1993; Carroll, Touyz & Beumont, 1996). Auch Keel & Mitchell (1997) stellen in ihrem

Überblicksartikel über 88 Studien zu Bulimia nervosa bei Frauen fest, daß Impulsivität als Persönlichkeitszug einen Prädiktor für ein schlechtes Verlaufsergebnis darstellt. Fichter, Quadflieg & Rief (1994) verglichen den 2-Jahres-Verlauf der Bulimia nervosa bei Frauen mit multi-impulsiver Symptomatik und Frauen ohne weitere impulsive Verhaltensweisen außer den bulimischen. Die multi-impulsive Gruppe der Bulimikerinnen hatte eine deutlich schlechtere Prognose als die nur-bulimische Gruppe. Sedativaabusus, hohe Werte auf der Skala „Aggressivität“ (SCL-90-R), sowie hohe Depressionswerte im BDI waren Prädiktoren für einen ungünstigen Verlauf in der multi-impulsiven Gruppe von Frauen. Es ist weitere Forschung von Nöten, um diese Ergebnisse zur zentralen Rolle der Impulsivität auch bei Männern mit Eßstörungen zu überprüfen. Bulik, Sullivan, Fear & Pickering (2000) fanden bei anorektischen Frauen, daß die Persönlichkeitseigenschaft „Perfektionismus“, gemessen mit der entsprechenden Subskala des Eating Disorder Inventory (EDI), auch nach vollständiger Remission der Eßstörung diejenigen Frauen, die früher an Anorexia nervosa gelitten hatten, von den Frauen einer Kontrollgruppe signifikant unterschied: bei den ehemaligen Anorektikerinnen waren die Werte auf dieser Subskala immer noch deutlich erhöht.

Neben Zwangs- und Persönlichkeitsstörungen treten laut Carlat & Camargo (1991) Alkoholmißbrauch und Alkoholabhängigkeit bei Männern mit Eßstörungen gehäuft auf. Die Autoren weisen zudem darauf hin, daß bulimische Symptome bei Männern häufig in Zusammenhang mit Substanzabusus (vor allem Kokain) auftreten. Hinsichtlich des Alkoholabusus folgern Carlat & Camargo (1991) in ihrem Überblicksartikel zu Bulimia nervosa bei Männern, daß „das Risiko, eine Eßstörung zu entwickeln bei den Männern erhöht ist, die ein alkoholabhängiges Elternteil aufweisen“ (S. 837). Auch Sharp et al. (1994) fanden bei über einem Drittel ihrer 24 männlichen Anorektiker Alkoholabusus in der Familie. In einer Studie zu Bulimia nervosa und Alkoholabusus bei Jugendlichen der Normalbevölkerung fanden Suzuki, Takeda & Matsushita (1995) signifikant häufiger Alkoholabusus bei Frauen und Männern mit Eßattacken (die jedoch nur vier der fünf DSM-III-R Kriterien für Bulimia nervosa erfüllten), als bei Personen ohne Eßattacken. Auch Ross & Ivis (1999) untersuchten eine Stichprobe männlicher Jugendlicher der Normalbevölkerung. Die Autoren fanden bei denjenigen Jugendlichen, die Eßattacken ohne gegensteuernde Maßnahmen aufwiesen, eine Häufung von Tabak- oder Alkoholabusus, während Jugendliche mit Eßattacken und gegensteuernden Maßnahmen vermehrten Cannabis- oder allgemeinen Drogenabusus aufwiesen.

Zusammenfassend konnte diese Studie zeigen, daß Jugendliche mit Eßattacken auch zu schwerwiegenderem und häufigerem Substanzabusus neigten. Impulsivität als Persönlichkeitseigenschaft könnte sich also auch in Form von Substanzmißbrauch äußern, und so einen Risikofaktor für den Beginn und/oder Verlauf einer (bulimischen) Eßstörung darstellen. Margo (1987) weist darauf hin, daß eine familiäre Häufung sowohl affektiver Störungen als auch von Substanzabhängigkeit einen Risikofaktor für das Auftreten einer Eßstörung darstellen kann.

Einige Studien berichten bei Männern mit Eßstörungen im Vergleich zu männlichen Kontrollgruppen neben erhöhtem Substanzkonsum auch eine größere Neigung zu affektiven Störungen (Woodside et al., 2001; Carlat et al., 1997; Olivardia et al., 1995; Striegel-Moore et al., 1999^a, 1999^b). Pope et al. (1986) diagnostizierten bei 10 ihrer insgesamt 15 Männer mit Bulimia nervosa (67%) zum Zeitpunkt der Untersuchung und/oder in der Vergangenheit eine affektive Störung (Major Depression). Dieser Prozentsatz unterschied sich nicht signifikant von dem der untersuchten bulimischen Frauen der Studie. Auch Sharp et al. (1994) fanden bei ihrem Vergleich anorektischer Männer und Frauen vergleichbare Zahlen hinsichtlich Symptomen affektiver (depressiver) Störungen: 80% der Männer und 72% der Frauen gaben zum Zeitpunkt der Untersuchung an, unter depressiver Stimmung zu leiden (erfaßt mit der SADS-L, Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – „Lifetime“ version). Woodside et al. (2001) und Striegel-Moore et al. (1999^a, 1999^b) fanden in großangelegten epidemiologischen Studien bei Frauen mit Eßstörungen signifikant häufiger affektive Störungen als bei Männern mit Eßstörungen.

2.4.2 Vergleich von Verlaufsergebnissen zu Anorexia nervosa und Bulimia nervosa bei Männern und Frauen

Es existieren nur sehr wenige Studien zum Verlauf von Eßstörungen bei Männern. Eine Studie, im Rahmen derer Männer mit Anorexia nervosa nach einem mittleren Katamneseintervall von 5,5 Jahren nachbefragt wurden, hatte eine Stichprobengröße von 9 Personen (Hall et al., 1985). Lediglich vier Männer davon konnten nachuntersucht werden, so daß hier eher von einer Einzelfallsammlung gesprochen werden kann. Fichter et al. (1985) konnten 22 Männer mit Anorexia nervosa im Mittel drei Jahre nach stationärer oder ambulanter Behandlung nachuntersuchen und die Daten mit denen von Frauen vergleichen. 41% der persönlich befragten Männer hatten ein gutes Verlaufsergebnis (Kriterien: Berufstätigkeit und Gewicht), 14% hatten ein mittelgradiges bis schlechtes bzw. chronisches Verlaufsergebnis. In 45% der Fälle war wegen der Kürze des Katamneseintervalls leider keine Aussage zum Verlauf möglich. In der globalen Bewertung der Eßstörung wiesen die Männer im Mittel drei Jahre nach Behandlung etwas mehr Pathologie auf als die untersuchten Frauen.

Burns & Crisp (1984) untersuchten den Verlauf der Anorexia nervosa bei 27 Männern (20 davon stationär behandelt, zwei ambulant behandelt) in einem Nacherhebungsintervall von zwei bis 20 Jahren mit Hilfe der Morgan-Russell-Skala. Zusätzlich wurde die sexuelle Aktivität im Zeitraum 6 Monate vor Nachuntersuchung als Maß für das Verlaufsergebnis eingesetzt. Bei 44% der Männer war demzufolge ein gutes (Gewicht innerhalb 15% des Matched Population Mean Weight (MPMW) und regelmäßige sexuelle Aktivität), bei 26% ein mittelmäßiges (Gewicht innerhalb 15% des MPMW und wenig/keine sexuelle Aktivität oder Gewicht niedriger, dafür aber regelmäßige sexuelle Aktivität) und bei 30% ein schlechtes Verlaufsergebnis (Gewicht unter 85% des MPMW und wenig/keine sexuelle Aktivität) zu verzeichnen. Prädiktoren für ein schlechtes Verlaufsergebnis waren eine längere Krankheitsdauer, Vorbehandlungen, größerer Gewichtsverlust in der Akutphase der Erkrankung, reduzierte oder nicht vorhandene sexuelle Aktivität und ein gestörtes Verhältnis zu den Eltern während der Kindheit. Gute soziale Anpassung und Einbindung war positiv mit dem Verlaufsergebnis verbunden. Spezifisches Diätverhalten konnte nicht als Prädiktor mit dem Verlaufsergebnis in Verbindung gebracht werden. Hinsichtlich des Vergleichs des Krankheitsverlaufs mit Frauen folgern Burns & Crisp (1985) und Crisp et al. (1986),

daß sich Männer und Frauen darin sehr ähnlich sind und daher auch beide Geschlechter eine ähnliche Prognose haben dürften.

In Oyeboode et al.'s (1988) Studie mit 13 Männern und 13 Frauen mit Anorexia nervosa zeigte sich bei den Männern ein Trend in Richtung schlechteres Verlaufsergebnis als bei den Frauen. Die Autoren orientierten sich bei der Messung des Verlaufsergebnisses an Burns & Crisp (1984) und verwendeten ebenfalls die oben beschriebenen Gewichtskategorien und Maße der sexuellen Aktivität. Nach einem mittleren Nacherhebungsintervall von 9,22 Jahren war bei beiden Geschlechtern ein vergleichbarer Prozentsatz an schlechten Verlaufsergebnissen zu verzeichnen, es fanden sich jedoch mehr Frauen als Männer in der guten statt mittleren Ergebniskategorie wieder. 70% der Männer waren zum Zeitpunkt der Nacherhebung, verglichen mit nur 30% der Frauen, übermäßig mit Diäten oder Gedanken an Schlanksein beschäftigt. Die Autoren folgern, daß das klinische Bild der Anorexia nervosa bei Männern und Frauen sehr ähnlich ist, sich bei den Männern jedoch ein Trend zum schlechteren Langzeit-Verlauf der Erkrankung abzeichnet. Einschränkend muß hier wieder auf die Stichprobengröße und unzulängliche Methodik der Studie verwiesen werden.

Eine neuere Verlaufsstudie von Deter et al. (1998) aus Heidelberg lehnt sich ebenfalls an Burns & Crisp (1984) an und vergleicht den Langzeit-Verlauf der Anorexia nervosa von 12 zwischen 1971 und 1980 konsekutiv zur stationären Behandlung aufgenommenen Männern mit dem von 91 Frauen. Im Mittel 12 Jahre nach Erstmessung konnten hier 8 Männer nachbefragt werden, drei waren zwischenzeitlich verstorben. Bei den Männern zeigte sich eine Polarisierung der Ergebnisse im Verlauf: während sie eine höhere Mortalitätsrate (Suizid, Nierenversagen) aufwiesen als die Frauen, hatten die überlebenden Männer jedoch eine bessere Prognose als die Frauen hinsichtlich psychosexueller Beeinträchtigung und sozialer Integration. Symptome der Eßstörung blieben hier jedoch wie bei Burns & Crisp (1984) im Verlauf bei den Männern erhalten. Als Grund für diese Polarisierung vermuten die Autoren eine geschlechtsspezifische Nutzung von sozialen Rollen im Krankheitsverlauf. Einschränkend muß hier wiederum erwähnt werden, daß die ohnehin sehr kleine Männerstichprobe zwei Fälle von schwerwiegenden körperlichen Erkrankungen enthält, die differentialdiagnostisch unzureichend abgegrenzt sind.

Steinhausen (2002) gibt in seinem Überblick über 119 Studien zu vorwiegend weiblichen Fällen von Anorexia nervosa (Katamneseintervalle 4 bis 10 Jahre) ein Verlaufsergebnis von 46,9% remittierten, 33,5% gebesserten und 20,8% chronischen Fällen an.

Die einzige Studie, die den Verlauf der Bulimia nervosa bei Männern untersucht und hinsichtlich des Eßverhaltens und demographischer Variablen, jedoch nicht psychologischer Variablen, mit dem bei Frauen vergleicht, ist die Arbeit von Mitchell & Goff (1985). Die Autoren konnten 8 ihrer ursprünglich 12 männlichen Fälle nachuntersuchen und stellten im wesentlichen Ähnlichkeiten zu Frauen fest. Jedoch hatte die Mehrzahl der Männer im Gegensatz zu den Frauen starke Gewichtsschwankungen in der Geschichte zu verzeichnen. Drei Männer initiierten ihre bulimischen Verhaltensweisen im Zusammenhang mit sportlichen Aktivitäten, die entsprechende Gewichts-Standards erforderten (z.B. Ringen). Des weiteren fand sich bei den Männern eine hohe Anzahl von Substanz- bzw. Alkoholabusus oder -abhängigkeit, auch bei Verwandten ersten Grades. Die Autoren vermuten bei den Männern darüber hinaus Persönlichkeitsstörungen, was jedoch nicht systematisch untersucht wurde. Aufgrund der wiederum sehr kleinen Stichprobe konnten letztlich keine sinnvollen Vergleiche mit Frauen angestellt werden.

Andersen & Mickalide (1983) berichten Verlaufsergebnisse von 10 männlichen Patienten, die sechs Monate bis sechs Jahre nach Behandlung nachuntersucht und mit Frauen verglichen wurden. Die Verlaufsergebnisse waren bei Männern und Frauen sehr ähnlich. 75% der Männer hatten bei Katamnese ein Gewicht von 90 bis 110% des MPMW. 25% der Männer hatten weiterhin Symptome einer Bulimia nervosa, die Mehrzahl wies jedoch ein gutes psychologisches und soziales Funktionsniveau auf. Zwei Männer hatten auch nach Wiederherstellung des Normalgewichts weiterhin erniedrigte Testosteronwerte und waren unfruchtbar.

Andersen (1992) vermutet aufgrund eigener Ergebnisse und der berichteten Studien eine Drittelregel hinsichtlich Verlaufsergebnissen bei Männern mit Eßstörungen: analog verschiedener psychiatrischer Erkrankungen habe jeweils ein Drittel der nachuntersuchten Personen ein gutes, mittelmäßiges und schlechtes Verlaufsergebnis. Diese Regel stellt eine Vereinfachung dar, die methodisch nur begrenzt haltbar ist, da Studien sehr unterschiedliche Definitionen für Verlaufsergebnis-Maße zugrundelegen und die Vergleichbarkeit der Ergebnisse somit erschwert wird.

Fichter & Quadflieg (1995) geben die in Langzeitstudien bei Frauen mit Anorexia nervosa gefundenen Mortalitätsraten mit 4-17% bei Nacherhebungsintervallen bis zu 24 Jahren an (z.B. Deter & Herzog, 1994; Theander, 1985; Ratnasuriya, Eisler, Szmukler

& Russell, 1991) und verweisen auf einen Trend, der sich in einigen Langzeitstudien zeigt: einerseits Verbesserung des Zustandsbildes bei einem Großteil der Patientinnen, andererseits aber auch stetig ansteigende bzw. hohe kumulierte Mortalitätsraten über die Zeit hinweg mit der höchsten Mortalitätsrate bei Anorexia nervosa mit zusätzlichen bulimischen Verhaltensweisen. Hsu (1980) gibt für Anorexia nervosa bei Frauen absolute Mortalitätsraten von 15-20% bei einer Verlaufsduer von bis zu 20 Jahren an. Neumärker (1997) fand bei Literaturdurchsichten Mortalitätsraten von 5-20% für Anorexia nervosa, mit einer durchschnittlichen Rate von 5,9% über sämtliche Todesursachen hinweg. Daten der *German Longitudinal Eating Disorders Study (GLEDS)* geben die Mortalitätsrate bei Frauen mit Anorexia nervosa sechs Jahre nach stationärer Therapie mit 5,9% an (Fichter & Quadflieg, 1999^a). Ähnlich gibt Steinhausen (2002) in seiner Überblicksarbeit zum Verlauf von Anorexia nervosa eine durchschnittliche Mortalitätsrate von 5,0% an. Patton (1988) standardisierte Mortalitätsraten für Anorexia nervosa und Bulimia nervosa erstmals an der Britischen Normalbevölkerung. Eine klinische Stichprobe von 460 Patienten (darunter 19 Männer, zu denen jedoch keine Ergebnisse referiert werden) konnte hier 4-15 Jahre nach Erstkonsultation nachbefragt werden. Die absolute Mortalitätsrate bei Anorexia nervosa lag bei 3,3%, für Bulimia nervosa bei 3,1%, wobei 11 von 14 Todesfällen auf Anorexia nervosa Patienten entfielen. Die absolute Mortalitätsrate bei Anorexia nervosa liegt hier deutlich niedriger als bei den zuvor zitierten Studien, was der Autor auf die kürzere minimale Dauer des Katamneseintervalls zurückführt. Die standardisierte Mortalitätsrate bei Anorexia nervosa war jedoch 6fach erhöht und blieb bis 8 Jahre nach Erstuntersuchung signifikant erhöht gegenüber der Normalbevölkerung. Die am häufigsten auftretende Todesursache war in dieser Studie Suizid (durch Drogen-Überdosis).

Was die Erforschung unterschiedlicher Todesursachen und eine mögliche kausale Verknüpfung zur Eßstörung anbelangt, erschweren methodische Probleme über Studien hinweg (Unklarheit über Ursachen eines plötzlichen Todes bzw. mangelnde Informationen hierzu) die Interpretation von Daten.

Für Bulimia nervosa geben Fichter & Quadflieg (1995) Mortalitätsraten von 2-3% bei Nacherhebungsintervallen von bis zu 13 Jahren an. Keel & Mitchell (1997) liegen mit ihren Angaben (1-3%) ebenfalls in diesem Bereich. In ihrer eigenen Untersuchung im Rahmen der *German Longitudinal Eating Disorders Study (GLEDS)* fanden Fichter & Quadflieg (1997) bei Frauen mit Bulimia nervosa zwei Jahre nach stationärer Therapie

eine Mortalitätsrate von 0%, sechs Jahre nach Therapie lag die Rate bei 1,1%. Der Verlauf der Bulimia nervosa war, bezogen auf die berichteten Mortalitätsraten, allgemein günstiger als der der Anorexia nervosa. In einer Literaturdurchsicht von Verlaufsstudien zu Bulimia nervosa bei Frauen fanden Quadflieg & Fichter (2003) ebenfalls durchweg niedrigere Mortalitätsraten für diese Eßstörung (von 0-3,1% bei Nacherhebungsintervallen von 2 bis 11,5 Jahren) als für Anorexia nervosa. Auch in der obengenannten Studie von Patton (1988) war die an der Britischen Normalbevölkerung standardisierte Mortalitätsrate bei Bulimia nervosa, im Gegensatz zu Anorexia nervosa, nicht signifikant erhöht.

Systematische Untersuchungen zu Mortalität bzw. letalem Verlaufsergebnis und dessen Ursachen bei hinreichend großen Stichproben von Männern mit Eßstörungen liegen nicht vor, Ergebnisse hierzu werden nur vereinzelt berichtet: Crisp et al. (1986) hatten keine Fälle mit letalem Ausgang in ihrer Männer-Stichprobe, die im Mittel nach 8,0 Jahren nachuntersucht wurde. Deter et al. (1998) berichten bei anorektischen Männern, die im Mittel 12 Jahre nach Erstmessung nachuntersucht werden konnten, eine gegenüber den Frauen ihrer Vergleichsgruppe erhöhte Mortalitätsrate von 22,2%. Bei den anorektischen Frauen lag die Rate nach 12 Jahren bei 10,7%. Es muß darauf hingewiesen werden, daß aufgrund der Größe der Männer-Stichprobe dieser Studie (N=10) nicht davon ausgegangen werden kann, daß es sich hier um reliable Daten handelt.

2.5 Therapie von Eßstörungen bei Männern

Es existieren nur wenig fundierte Daten zu Therapieergebnissen bei Männern mit Eßstörungen. Wie bei vielen Störungen resultieren jedoch auch hier frühzeitige Diagnosenstellung und Therapie in besseren Therapieergebnissen und einer besseren Prognose (Andersen, 1990). Es gibt Hinweise darauf, daß sich die Schnelligkeit der Diagnosenstellung und damit auch die Zeitspanne bis zu einem Therapiebeginn bei Männern mit Anorexia nervosa und Männern mit Bulimia nervosa unterscheiden und sich günstig bzw. ungünstig auf die Prognose auswirken. So waren Männer mit Bulimia nervosa in Carlat et al.'s (1997) Stichprobe von 135 Männern signifikant älter bei Erstbehandlung als Männer mit Anorexia nervosa und hatten meist selbst Hilfe gesucht bzw. sich selbst eingewiesen. Anorektische Männer hingegen, deren Erkrankung aufgrund des bestehenden Untergewichts für Ärzte aber auch Laien sichtbar war, wurden meist schon zu einem früheren Zeitpunkt in Spezialeinrichtungen eingewiesen, und die Einweisung erfolgte meist durch Verwandte. Männer mit Bulimia nervosa sind meist normalgewichtig und können die Symptome ihrer Erkrankung somit leichter geheimhalten. Diese Tendenz zur aktiven Geheimhaltung, im Gegensatz zur mangelnden Krankheitseinsicht bei Anorexia nervosa, ist wohl der Hauptgrund für die bei Bulimia nervosa im Vergleich zu Anorexia nervosa zeitlich verzögerte Ein- bzw. Zuweisung von Männern in Spezialeinrichtungen und Therapien.

Selbst wenn Männer mit Eßstörungen an Fachärzte oder Psychologen verwiesen werden, ist eine zuverlässige Diagnostik und Therapie nicht sichergestellt, da auch unter Fachleuten bisweilen noch die Meinung vertreten wird, Eßstörungen träten nur bei Frauen auf. So fanden Whyte & Kaczowski (1983) in ihrer Zufallsstichprobe von 250 Psychiatern und 250 Psychologen in den USA einen Prozentsatz von ca. 25 % in jeder Berufsgruppe, der diese Meinung hinsichtlich Anorexia nervosa vertrat. Beide Berufsgruppen gaben an, ihr Wissen zu diesem Thema hauptsächlich aus der Praxis zu beziehen, weniger aus Schulungen und Weiterbildungen. In der Studie von Bhanji (1979) waren 38,1% der mit Fragebögen befragten Allgemeinärzte und 23,1% der so befragten Psychiater der Meinung, weibliches Geschlecht sei eine Vorbedingung für eine Anorexia nervosa. Daß sich diese Einstellungen seit den 70er und 80er Jahren des vergangenen Jahrhunderts, als die genannten Studien durchgeführt wurden, zum Positiven verändert haben, kann bezweifelt werden, da insbesondere bei Allgemein-

ärzten weiterer Aufklärungsbedarf hinsichtlich der differentialdiagnostischen Abgrenzung von Eßstörungen besteht (Noordenbos, 2003).

In der stationären Therapie - aber auch in Selbsthilfegruppen für Eßstörungen - sind Männer zahlenmäßig unterrepräsentiert, so daß Gruppentherapien meist in gemischt-geschlechtlichen settings durchgeführt werden müssen. Gerade gemischt-geschlechtliche Therapiegruppen für Frauen und Männer werfen aber oft Probleme auf, da Männer sich mit ihren speziellen Problemen möglicherweise nicht verstanden fühlen. Im ungünstigsten Fall werden Männer durch ihren „Minderheitenstatus“ in Ängsten vor Stigmatisierung und der Meinung bestärkt, daß es sich bei Eßstörungen um typische Frauenkrankheiten handelt. Laut Andersen (1995) sind Männer mit Eßstörungen bisweilen ausgeprägten Vorurteilen von Mitpatientinnen ausgesetzt, auch wenn diese selbst unter einer Eßstörung leiden. Woodside & Kaplan (1994) berichten keine Probleme, Männer in ihr ambulantes gruppentherapeutisches Behandlungsprogramm zu integrieren. Die Autoren verglichen die Therapieergebnisse von 15 Männern und 334 Frauen mit Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa bei Aufnahme und Entlassung aus ihrem 8-14 Wochen dauernden Therapieprogramm. Die allgemeinen Therapieeffekte bzw. das globale Behandlungsergebnis waren bei den Männern nur wenig schlechter als bei den Frauen. 28,6% der Männer wurden bei Entlassung als gut, 71% als schlecht hinsichtlich des Therapieergebnisses eingeschätzt. Bei den Frauen waren es 39,9% und 60% respektive. Bei Anorexia nervosa war ein gutes Behandlungsergebnis durch ein gewisses Gewichtskriterium und das Nichtvorhandensein von purging – Verhalten definiert. Bei Bulimia nervosa war das Kriterium für ein gutes Behandlungsergebnis das Fehlen von Eßattacken oder purging – Verhalten in den vier Wochen vor Entlassung. Mittelgradige Besserung im Sinne einer Symptomreduktion über die Zeit hinweg wurde in dieser Studie leider nicht als eigene Kategorie geführt. Dies, ebenso wie die kleine Stichprobe von Männern in der Studie, erschwert die Interpretation der Ergebnisse.

In der Studie von Burns & Crisp (1984) war unter anderem ein gestörtes Verhältnis zu den Eltern während der Kindheit ein Prädiktor für ein schlechtes Verlaufsergebnis zwei bis 20 Jahre nach Behandlung. Aufgrund des zuletzt genannten Ergebnisses schlagen die Autoren vor, familientherapeutische Elemente in die Therapie gestörten Eßverhaltens bei Männern zu integrieren, um die Prognose zu verbessern.

Was die Therapie eßgestörten Verhaltens bei homosexuellen Männern bzw. Männern, die eine homosexuelle Geschlechtsrollenidentität bei sich vermuten, anbelangt, sollten laut Williamson (1999) und Williamson & Hartley (1998) folgende Punkte Beachtung finden: das therapeutische Umfeld sollte Homosexualität selbstverständlich explizit positiv bewerten, um mit möglichen Ängsten und gesellschaftlichen sowie familiären Implikationen umgehen zu können. Idealerweise findet eine Therapie innerhalb der homosexuellen Subkultur (englisch: „gay community“) statt, unterstützt durch geleitete Selbsthilfegruppen und Bibliothherapie etc.. Therapeuten sollten in der Lage sein, Anzeichen einer möglichen Überidentifikation mit Werten bzw. Schönheitsidealen der homosexuellen Subkultur frühzeitig zu erkennen. Der Entwicklung maladaptiver Verhaltensweisen und Einstellungen bezüglich des eigenen Körpers, die die Entwicklung gestörten Eßverhaltens fördern könnten, kann so rechtzeitig entgegengewirkt werden.

3 ZUSAMMENFASSUNG DER THEORETISCHEN BEFUNDE SOWIE FRAGESTELLUNGEN DER STUDIE

Die folgenden Punkte fassen die zentralen Befunde aus der Literatur zu Eßstörungen bei Männern zusammen und leiten über zu den Fragestellungen der vorliegenden Arbeit:

- Eßstörungen wie Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge Eating Disorder treten bei Männern auf, jedoch ist ihre Prävalenz bei Jungen und Männern sehr viel geringer (ca. 1:10) als bei Frauen vergleichbarer Altersstufen. In den letzten zwei Dekaden ist jedoch ein Anstieg der Behandlungsinzidenzen von Männern mit Eßstörungen zu verzeichnen. Obwohl Eßstörungen als multifaktoriell determinierte Erkrankungen gelten, also sowohl intrapersonelle (genetische, neurochemische, persönlichkeitsbedingte) als auch interpersonelle (z.B. familiendynamische) und soziokulturelle Faktoren für die Genese und Aufrechterhaltung dieser Störungen verantwortlich gemacht werden, erklären die soziokulturellen und psychologischen Faktoren diesen Anstieg bisher am besten. Hierzu zählt ein über Medien verbreitetes verändertes männliches Körperideal, das einen möglichst geringen Anteil an Körperfett relativ zur Körpermasse propagiert. Eine daraus resultierende gesteigerte Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper kann zu Diätverhalten führen, das eßgestörtem Verhalten meist vorausgeht.
- Das klinische Bild bzw. die Manifestation der zentralen Symptome der verschiedenen Eßstörungen ist bei Männern und Frauen sehr ähnlich. Unterschiede wurden jedoch bezüglich des Purgings-Verhaltens festgestellt: Männer verwenden weniger häufig Laxantien, Diuretika oder Appetitzügler als gegensteuernde Maßnahmen und sind insgesamt weniger um ihr Gewicht besorgt. Sie halten deshalb restriktive Maßnahmen zur Einschränkung der Nahrungsmenge wie Diäten weniger strikt ein als Frauen. Sportliche Betätigung scheint sowohl hinsichtlich der Genese als auch der Aufrechterhaltung von Eßstörungen bei Männern eine zentrale Rolle zu spielen. Hier spiegelt sich der Wunsch nach

Muskelaufbau bzw. dem „durchtrainierten“ Körper, weniger nach einem besonders niedrigen Körpergewicht, wider.

- Hinsichtlich der Komorbidität an Achse-I Störungen weisen Männer vorwiegend affektive Erkrankungen, Angsterkrankungen und Substanzabusus bzw. Substanzabhängigkeit auf. Letzteres tritt bei Männern häufiger auf als bei Frauen, was jedoch auch in Ergebnissen aus der Normalbevölkerung der Fall ist. Bezüglich der Achse-II-Komorbidität, also dem Auftreten von Persönlichkeitsstörungen, liegen nur sehr wenige Ergebnisse in der Literatur vor. Die vorliegenden Befunde weisen jedoch auf eine Häufung von Persönlichkeitsstörungen bei Männern mit Bulimia nervosa aus dem B-Cluster (Borderline-, Antisoziale-, Narzißtische Persönlichkeitsstörung) hin. Männer mit Anorexia nervosa weisen eine gleichmäßigere Verteilung über die Cluster A, B und C auf. Dies läßt auf eine besondere Bedeutung von Impulsivität als Persönlichkeitseigenschaft bei Männern mit Bulimia nervosa schließen. Ergebnisse bei Frauen mit Bulimia nervosa weisen in dieselbe Richtung.
- Es gibt Befunde, die vermuten lassen, daß Homosexualität einen möglichen Risikofaktor für Eßstörungen bei Männern darstellt. Einige Studien fanden, daß die untersuchten Männer mit Eßstörungen überdurchschnittlich häufig homosexuell veranlagt waren, bzw. berichteten die Männer, in der Vergangenheit homosexuelle Erfahrungen gemacht zu haben. In diesem Zusammenhang wurde vermutet, daß es sich bei diesen Männern um eine Form „passagerer“ Homosexualität in Folge mangelnder Geschlechtsrollenidentität und unzureichender Übernahme der männlichen Geschlechtsrolle handelt. Verschiedene Studien fanden, daß das Selbstwertgefühl homosexueller Männer stärker als das heterosexueller Männer durch die äußere Erscheinung beeinflusst wird. Der in der homosexuellen Subkultur vorhandene Druck, attraktiv zu sein bzw. die größere Unzufriedenheit vieler homosexueller Männer mit ihrem Körper gegenüber heterosexuellen Männern könnte die Vulnerabilität für Eßstörungen bei homosexuellen Männern erhöhen. Sexuelle Ängste bis hin zu Ekel vor Sexualität und Reduktion der Libido bis hin zu Asexualität wurden vor allem bei anorektischen Männern gefunden.

- Es gibt bislang keine gesicherten Hinweise darauf, daß der Verlauf von Eßstörungen bei Männern ungünstig bzw. ungünstiger ist als bei Frauen, auch hierzu liegen jedoch nur wenig gesicherte Befunde vor. Bei anorektischen Stichproben fand sich im Verlauf bei Männern und Frauen eine Drittelregel, nach der sich die Verlaufsergebnisse nach Katamnesezeiträumen von bis zu 20 Jahren zu je ca. einem Drittel in „gut“, „mittel“ und „schlecht“ einteilen ließen. Die Verwendung unterschiedlicher Kriterien für die Messung des Verlaufsergebnisses erschwert jedoch Vergleiche über Studien hinweg. Die Mortalitätsrate ist bei Frauen mit Anorexia nervosa höher als bei Frauen mit Bulimia nervosa. Gesicherte Erkenntnisse hierzu aus Langzeitverlaufsstudien, denen hinreichend große Stichproben von Männern zugrunde liegen, sind nicht vorhanden. Prädiktoren für einen ungünstigen Krankheitsverlauf bei Männern, die in der Literatur dokumentiert wurden, sind eingeschränkte sexuelle Aktivität zum Zeitpunkt der Erstbefragung, lange Krankheitsdauer, große Anzahl von Vorbehandlungen, großer Gewichtsverlust in der Akutphase der Erkrankung, sowie ein gestörtes Verhältnis zu den Eltern während der Kindheit.

Die vorliegende Arbeit verfolgt zusammenfassend das Ziel, die Verlaufsergebnisse klinischer Stichproben von Männern und Frauen mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa zu vergleichen. Folgende Fragestellungen stehen dabei im Mittelpunkt:

1. Gibt es Unterschiede im Verlauf der Anorexia nervosa und Bulimia nervosa bei Männern und Frauen hinsichtlich der eßstörungsspezifischen Symptomatik?
2. Gibt es Unterschiede im Verlauf der Anorexia nervosa und Bulimia nervosa bei Männern und Frauen hinsichtlich der komorbiden Symptomatik?
3. Gibt es Unterschiede zwischen Männern und Frauen mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa hinsichtlich soziodemographischer Kennwerte und dem Auftreten von Homosexualität?

4 **METHODEN**

4.1 **Stichprobe**

4.1.1 **Definition der Männerstichprobe**

In die Stichprobe der Nachuntersuchung wurden Männer aufgenommen, die sich in der Vergangenheit bereits einer stationären Behandlung wegen einer Eßstörung unterzogen hatten und deren Krankenakten-Dokumentation die Behandlungsdiagnose Anorexia nervosa, Bulimia nervosa oder „nicht näher bezeichnete Eßstörung“ (Eßstörung-NNB) als Primärdiagnose aufwies bzw. aus deren Krankenakten sich ableiten ließ, daß eine der genannten Eßstörungen in der Vergangenheit vorgelegen hatte. Je nach behandelnder Einrichtung gab es bei den Männern mit Eßstörungen folgende Stichproben-Quellen:

- Männer, die in der medizinisch-psychosomatischen Klinik Roseneck in Prien am Chiemsee an einem stationären Therapieprogramm für Eßstörungen teilgenommen hatten;
- Männer, die in der medizinisch-psychosomatischen Klinik Bad Bramstedt an einem stationären Therapieprogramm für Eßstörungen teilgenommen hatten;
- Männer aus der *GLEDS (German Longitudinal Eating Disorders Study, Fichter & Quadflieg, 1997, 1999^a; Fichter et al., 1998)*, die im Rahmen dieser Studie bereits zwei, sechs und 12 Jahre nach ihrer stationären Therapie in der Klinik Roseneck nachuntersucht worden waren (N=13);
- Männer, die sich ab 1972 in der Universitätsnervenklinik München oder dem Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München einer stationären Behandlung aufgrund einer Eßstörung unterzogen hatten.

Die medizinisch-psychosomatische Klinik Roseneck und die Klinik Bad Bramstedt sind Schwesterkliniken und verfolgen ein kognitiv-verhaltenstherapeutisch fundiertes Behandlungskonzept mit Gruppen- sowie Einzelinterventionen. Aus Patientenakten und Basisdokumentationen (Fragebogenbatterien bei Aufnahme) wurden sämtliche Männer

herausgesucht, die ab 1985 (Roseneck) bzw. 1993 (Bad Bramstedt) mit einer Eßstörung als Primärdiagnose behandelt worden waren.

Diejenigen Männer, die sich in der Universitätsnervenklinik München oder dem Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München einer stationären Behandlung unterzogen hatten und an einer Anorexia nervosa litten, wurden in einem Querschnittsdesign, das als Erstmessungszeitpunkt in die vorliegende Studie einging, bereits von Fichter et al. (1985) und Fichter & Daser (1987), bzw. im Falle der Bulimia nervosa von Fichter & Hoffmann (1989), befragt. Es handelt sich dabei um zwei getrennte Kohorten von Männern. Ein sehr kleiner Teil dieser Männer hatte sich für die Erstmessung auf einen Aufruf hin gemeldet.

Aus den Patientenpopulationen der Kliniken Roseneck und Bad Bramstedt wurden Männer mit der Aufnahmediagnose Eßstörung-NNB einem speziellen zwei-stufigen Screening-Verfahren unterzogen. Mit Hilfe dieses Verfahrens wurden aus der relativ großen Anzahl von Männern mit dieser Aufnahme-Diagnose retrospektiv diejenigen Fälle identifiziert, die zu irgendeinem Zeitpunkt ihres Lebens („lifetime“) das Vollbild einer Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa erfüllten. Die Männer füllten zunächst einen per Post zugesandten Screening-Fragebogen (s. Punkt 4.2.1.1 und Anhang) zu den Symptomen ihrer Eßstörung aus. Der Screening-Fragebogen stellt eine auf die diagnostisch bedeutsamen Items reduzierte Version des Strukturierten Inventars für Anorektische und Bulimische Eßstörungen (Selbsteinschätzungsversion SIAB-S, Fichter & Quadflieg, 1999^b) dar. Die Symptomeinschätzung erfolgte jeweils für die Zeiträume „letzte 3 Monate“ und „früher“ (Maximalausprägungen). Mit Hilfe dieses Verfahrens konnte retrospektiv festgestellt werden, ob jemals eine Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa oder Binge Eating Disorder vorgelegen hatte bzw. zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung immer noch vorlag. Es wurden diejenigen Personen in die zweite Erhebungsstufe eingeschlossen, die nach dem Ergebnis des standardisierten Screenings mittels SIAB-S eine lifetime-Diagnose einer Anorexia nervosa, Bulimia nervosa oder Binge Eating Disorder erhalten hatten.

Bei der Verwendung des SIAB-S als Screening-Instrument wurden bei der Diagnosenstellung Werte von 1 („leicht“/„selten“) bis 4 („sehr stark/sehr häufig“) als das Kriterium erfüllend angesehen. Die Grenze wurde hier bewußt niedrig gewählt, um positive Fälle nicht zu übersehen. Probanden, die also im Screening-Fragebogen bei den

diagnostisch relevanten Items „1“ angegeben hatten, wurden in die eigentliche Untersuchung mit aufgenommen: sie erhielten, wiederum per Post, denselben Fragebogen mit Instrumenten zur Erfassung der eßstörungsspezifischen Symptomatik und Komorbidität wie die Männer mit Aufnahmediagnose Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge Eating Disorder. Nach Rücksendung des ausgefüllten Fragebogens wurde ein telefonisches oder persönliches Experteninterview mit diesen Probanden geführt (s. Punkt 4.4.1, Durchführung und Ablauf der Nacherhebung).

Folgende Tabelle verdeutlicht die diagnostische Zusammensetzung der Gesamtstichprobe laut Dokumentation in den Krankenakten bzw. Angaben aus Vorläuferstudien für Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge Eating Disorder, Übergewicht (Obesity) und Eßstörung-NNB:

Tab. 1 Diagnostische Zusammensetzung der Gesamtstichprobe						
	Anorexia nervosa	Bulimia nervosa	Binge Eating Disorder	Obesity	Eßstörung-NNB	Gesamtzahl Probanden
N (Diagnose-Gruppe)	N= 81	N= 63	N= 43	N= 96	N= 61	N=344

4.1.1.1 Rücklaufquoten der Nachuntersuchung

Einen Überblick über die Rücklaufquoten der Fragebögen und Interviews bei den für die vorliegende Arbeit relevanten diagnostischen Kategorien Anorexia nervosa und Bulimia nervosa gibt folgende Tabelle:

Tab. 2 Rücklaufquoten der Männer-Stichprobe (Anorexia nervosa und Bulimia nervosa), Absolutzahlen

Stichprobe – Männer	Anorexia nervosa	Bulimia nervosa
N Gesamt	81	63
davon erhoben	62	55
davon Fragebogen + Interview	57	47
davon nur Interview	2	6
davon nur Kurzinterview	0	2
davon nur Fragebogen	3	0
davon nicht erhoben	19	8
davon verstorben	7	2
davon Teilnahme verweigert	1	4
davon nicht erreicht	11	2

Unter den 62 Männern mit Anorexia nervosa, die nacherhoben werden konnten, befanden sich 30 Männer mit restriktiver Anorexia nervosa und 32 Männer mit einer Anorexia nervosa vom binge eating-/purging-Typus. Von den 55 Männern mit Bulimia nervosa, die nacherhoben wurden, litten 42 an einer Bulimia nervosa-purging Typus und 13 Männer an einer Bulimia nervosa-non purging Typus.

Für Anorexia nervosa und Bulimia nervosa ergaben sich somit folgende Ausschöpfungsquoten:

Tab. 3 Rücklaufquoten der Gesamtstichprobe - Männer

Diagnosen	Rücklaufquote ohne Verstorbene	Rücklaufquote einschließlich Verstorbener
Anorexia nervosa	76,5%	85,2%
Bulimia nervosa	87,3%	90,5%

In den relevanten diagnostischen Kategorien können die Rücklaufquoten mit 85,2% (einschließlich Verstorbener) für Anorexia nervosa und 90,5% für Bulimia nervosa (einschließlich Verstorbener) als sehr gut bezeichnet werden.

4.1.1.2 Retrospektive Absicherung der Erstmessungsdiagnostik

Um die Diagnosenstellung für den Zeitpunkt der Erstmessung abzusichern und diagnostische Gruppen für Anorexia nervosa und Bulimia nervosa für Verlaufsfragestellungen bilden zu können, wurde ein Vorgehen gewählt, welches Informationen aus vier verschiedenen Quellen verwendet:

1. Querschnittsdaten der Erstmessung (Quelle: Basisdokumentation der Kliniken; Projektdaten, die den Arbeiten von Fichter et al. (1985), Fichter & Daser (1987) und Fichter & Hoffmann (1989) zugrunde liegen; Gewichtsdaten bzw. BMI)
2. Diagnostische Klassifikation für den Zeitpunkt der Erstmessung, die von der Interviewerin im Experteninterview post hoc vorgenommen wurde
3. SIAB-EX-Diagnosen (lifetime) zur Validierung der post hoc-Diagnosen
4. Aufnahme-Diagnose für die Teilgruppe der 13 Männer, die im Rahmen der *GLEDS (German Longitudinal Eating Disorders Study, Fichter & Quadflieg, 1997, 1999^a; Fichter et al., 1998)* bereits mehrmals katamnestisch untersucht worden war.

Im einzelnen mußten bei den Männern folgende Kriterien für die Zuordnung zur diagnostischen Gruppe **Anorexia nervosa** erfüllt sein:

1. Die post hoc-Diagnose im Experteninterview bei Katamnese für den Zeitpunkt der Erstmessung ist Anorexia nervosa. Gleichzeitig ist die per Computer-Algorithmus des SIAB-EX (Strukturiertes Inventar für Anorektische und Bulimische Eßstörungen, Expertenversion; Fichter & Quadflieg, 1999^b) für „früher“ errechnete Diagnose ebenfalls Anorexia nervosa oder es liegt eine nicht näher bezeichnete Eßstörung 2 nach DSM-IV (Kriterien B und C der Anorexia nervosa sind erfüllt, s. Kapitel 2.1.3.1) oder ein Eßstörungs-Syndrom 1 (Kriterium A sowie B oder C der Anorexia nervosa sind erfüllt) vor. So konnten falsch positive Einschlüsse in die Stichprobe weitgehend vermieden werden.

ODER

2. Der bei Erstmessung erhobene Body Mass Index (BMI) liegt bei 18,6 oder niedriger und laut SIAB-Computer-Algorithmus sind die Kriterien B und C der Anorexia nervosa für „früher“ erfüllt.

ODER

3. Für den Fall, daß im Experteninterview keine Einschätzung der diagnostischen Klassifikation für den Zeitpunkt der Erstmessung vorliegt, zeigt die in der Krankenakte dokumentierte Diagnose eine Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa an und der Computer-Algorithmus des SIAB-EX errechnet für „früher“ eine Anorexia nervosa-Diagnose bzw. einen BMI von 18,6 oder niedriger für den Zeitpunkt der Erstmessung.

ODER

4. Der Proband war Teil der prospektiv angelegten *GLEDS* (*German Longitudinal Eating Disorders Study*, Fichter & Quadflieg, 1997, 1999^a; Fichter et al., 1998) und erhielt aufgrund der dort aufwendig durchgeführten Diagnostik die Diagnose einer Anorexia nervosa für den Zeitpunkt bei Aufnahme bzw. Erstmessung.

Analog mußten für die Zuordnung zur diagnostischen Gruppe **Bulimia nervosa** bei den Männern folgende Kriterien erfüllt sein:

1. Die post hoc-Diagnose im Experteninterview bei Katamnese für den Zeitpunkt der Erstmessung ist Bulimia nervosa. Gleichzeitig ist die per Computer-Algorithmus des SIAB-EX für „früher“ errechnete Diagnose ebenfalls Bulimia nervosa oder es liegt eine nicht näher bezeichnete Eßstörung 3 nach DSM-IV (Kriterium der Dauer der bulimischen Symptomatik ist nicht erfüllt, s. Kapitel 2.1.3.2) oder eine nicht näher bezeichnete Eßstörung 4 nach DSM-IV (gegensteuernde Maßnahmen nach kleinen Mengen von Nahrung werden angewendet) oder ein Eßstörungen-Syndrom 2 (es treten deutliche Episoden mit Heißhungerattacken auf und die Kriterien B oder C der Bulimia nervosa sind erfüllt, Definition SIAB-Computer-Diagnosen-Algorithmus) vor. So konnten falsch positive Einschlüsse in die Stichprobe weitgehend vermieden werden.
ODER
2. Für den Fall, daß im Experteninterview keine Einschätzung der diagnostischen Klassifikation für den Zeitpunkt der Erstmessung vorliegt, zeigt die in der Krankenakte dokumentierte Diagnose eine Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa an und der Computer-Algorithmus des SIAB-EX errechnet für „früher“ eine Bulimia nervosa-Diagnose.
ODER
3. Der Proband war Teil der prospektiv angelegten *GLEDS (German Longitudinal Eating Disorders Study*, Fichter & Quadflieg, 1997, 1999^a; Fichter et al., 1998) und erhielt aufgrund der dort aufwendig durchgeführten Diagnostik die Diagnose einer Bulimia nervosa für den Zeitpunkt bei Aufnahme bzw. Erstmessung.

Die Erstmessungsdiagnosen wurden gemäß DSM-IV derart hierarchisiert, daß das Vorliegen einer Anorexia nervosa eine Bulimia nervosa ausschloß.

4.1.2 Stichprobe parallelisierter Frauen

Um geschlechtsspezifische Effekte bzw. Unterschiede im Verlauf von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa ermitteln zu können, wurden die Männer mit der Behandlungsdiagnose Anorexia nervosa bzw. Bulimia nervosa mit Frauen aus der *GLEDS (German Longitudinal Eating Disorders Study, Fichter & Quadflieg, 1997, 1999^a; Fichter et al., 1998)* nach den Kriterien Alter bei Erstmessung, Diagnose und Katamnesezeitraum parallelisiert. In der *GLEDS* wurde in einem prospektiven longitudinalen Design eine Gesamtstichprobe von 456 Frauen und 13 Männern mit Eßstörungen 2, 6 und 12 Jahre nach stationärer Aufnahme in die Klinik Roseneck nachuntersucht. Es konnte also auf eine sehr große Stichprobe von Frauen für das Parallelisierungsverfahren zurückgegriffen werden. Letztendlich konnten je *62 Männer und Frauen mit Anorexia nervosa* und je *55 Männer und Frauen mit Bulimia nervosa* nach den obengenannten Kriterien parallelisiert, d.h. einander zugeordnet, und nachuntersucht werden.

Durch die Zusammensetzung der Männer-Stichprobe aus unterschiedlichen Teilstichproben (s. Punkt 4.1.1) weist das Katamneseintervall der Männer bisweilen eine große Streubreite auf. Dies ist v.a. im Langzeitverlauf bei den Männern mit Anorexia nervosa der Fall: hier liegt die mittlere Dauer des Katamneseintervalls bei 18,9 Jahren (Standardabweichung 4,8), bei den Frauen lediglich bei 12,5 Jahren (Standardabweichung 1,0). Dieser Effekt kommt durch die Teilstichprobe von Männern zustande, die sich bereits Anfang der 70er Jahre des vergangenen Jahrhunderts in der Universitätsnervenklinik München oder dem Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München wegen einer Anorexia nervosa in Behandlung begeben hatte und nach dieser langen Zeitspanne seit Erstmessung nacherhoben werden konnte. Bei der Interpretation der vergleichenden Ergebnisse bei Männern und Frauen zum Langzeitverlauf bei Anorexia nervosa muß dieser Unterschied berücksichtigt werden.

Die Katamneseintervalle der nach prospektivem Design +/-2, +/-6 und +/-12 Jahre nach Erstmessung nachuntersuchten Frauen dienten als Vorgabe für die analoge Einteilung des Katamneseintervalls der Männerstichprobe in Gruppen mit +/-2, +/-6 und +/-12 Jahren Katamneseintervall. In den drei Katamnesegruppen finden sich also jeweils unabhängige Stichproben von Männern und Frauen.

Zur Klärung der Terminologie im folgenden sei angemerkt: die beschriebenen Katamnesegruppen werden bei Männern und Frauen jeweils als 2- Jahres-, 6- Jahres- und 12- Jahres-Katamnesegruppe bezeichnet. Bei der Verlaufsdauer wird analog jeweils von Kurzzeitverlauf (2 Jahre), mittelfristigem Verlauf (6 Jahre) und Langzeitverlauf (12 Jahre und mehr) gesprochen. Dies dient lediglich der sprachlichen Einheitlichkeit, die Streuung der jeweiligen Katamneseintervalle soll damit nicht vernachlässigt werden.

4.2 Instrumente

4.2.1 Skalen zur Eßstörungssymptomatik

4.2.1.1 Strukturiertes Inventar für Anorektische und Bulimische Eßstörungen

Das Strukturierte Inventar für Anorektische und Bulimische Eßstörungen (SIAB, Fichter & Quadflieg, 1999^b) liegt in einer Selbsteinschätzungsversion (SIAB-S) und als Strukturiertes Interview zur Expertenbeurteilung (SIAB-EX) vor. In der vorliegenden Arbeit kamen beide Versionen zum Einsatz. Das SIAB ermöglicht eine valide Diagnostik von Eßstörungen sowohl nach DSM-IV als auch nach ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 1991) mit Schweregrad-Einschätzung. In jeweils 87 Fragen werden in SIAB-S und SIAB-EX nicht nur Angaben zur eßstörungsspezifischen Symptomatik, sondern auch zur allgemeinen Psychopathologie (z.B. Depression, Zwänge, Angst), zu sozialer Integration und Sexualität erfragt. Die Symptome werden auf einer Skala von 0 bis 4 beurteilt, von 0 = „nicht vorhanden“ bis 4 = „sehr stark vorhanden“. Um Aussagen über den Verlauf der jeweiligen Symptomatik machen zu können, werden alle Items für zwei Zeiträume eingeschätzt: „jetzt“ (letzte 3 Monate) und „früher“, wobei hier die jeweils stärkste Ausprägung in die Bewertung eingeht. Die beiden Zeiträume überlappen sich nicht. Als „lifetime“-Wert (Lebenszeit-Prävalenz) oder „worst ever“- Wert (stärkste Ausprägung in der Vergangenheit) wird folglich der Maximalwert beider Zeiträume verwendet. Im SIAB-EX zur vorliegenden Studie wurde das Vorliegen einer Eßstörung zusätzlich für den Zeitpunkt der Aufnahme zur stationären Behandlung überprüft bzw. abgefragt.

Für das SIAB-EX ergaben sich für den „früher“-Zeitraum nach varimaxrotierten Hauptkomponentenanalysen folgende sechs Subskalen: 1. Körperschema und Schlankheitsideal, 2. Allgemeine Psychopathologie, 3. Sexualität und Soziale Integration, 4. Bulimische Symptome, 5. Unangemessene gegensteuernde Maßnahmen, Fasten, Substanzmißbrauch, 6. Atypische Eßanfälle. Für den „jetzt“-Zeitraum wird die soziale Integration der Subskala 2 (allgemeine Psychopathologie) zugeordnet. Durchführungs- und Auswertungsobjektivität sind beim SIAB-EX für diese Studie durch den Einsatz geschulter Experten und die Vorgabe von Algorithmen zur kontrollierten Erstellung von Diagnosen gesichert. Die Interpretationsobjektivität ist durch das Vorliegen von Vergleichswerten für klinische Populationen gesichert. Die interne Konsistenz,

angegeben durch Cronbach's alpha, liegt für die „jetzt“- und „früher“-Ausprägungen vergleichbar hoch zwischen 0,52 und 0,93, mit Gesamtwerten von 0,93 für „früher“ und 0,92 für „jetzt“. Die Subskala „Bulimische Symptome“ und der Gesamtwert erwiesen sich als besonders konsistent. Eine Validierung des SIAB-EX anhand der Eating Disorder Examination (EDE, Fairburn & Cooper, 1993) ergab eine hochsignifikante Gesamtkorrelation von 0,77 der SIAB-EX-Subskalen mit den Subskalen des EDE für den „jetzt“-Zeitpunkt. Das SIAB-EX weist bei trainierten Experten eine hohe Interrater-reliabilität auf, da ein ausführliches Manual zur Schulung von Interviewern vorliegt.

Der SIAB-S Fragebogen zur Selbsteinschätzung der Eßstörungssymptomatik ist besonders gut als Grundlage für ein Experteninterview geeignet und kam als solche auch in der vorliegenden Studie zum Einsatz. Zur „Baseline“-Bestimmung bei Aufnahme zur stationären Behandlung kam bei der Mehrzahl der Probanden ebenfalls das SIAB-S zum Einsatz. Schweregradskalierung und erfaßte Zeiträume sind identisch mit denen des SIAB-EX. Für den „jetzt“- Zeitpunkt existieren im SIAB-S folgende Subskalen: 1. Allgemeine Psychopathologie und soziale Integration, 2. Bulimische Symptome, 3. Körperschema und Schlankheitsideal, 4. Sexualität und Körpergewicht, 5. Unangemessene gegensteuernde Maßnahmen, Fasten und Substanzmißbrauch, 6. Atypische Eßanfälle. Für den „früher“-Zeitpunkt existieren im SIAB-S folgende Subskalen: 1. Bulimische Symptome, 2. Allgemeine Psychopathologie, 3. Schlankheitsideal, 4. Sexualität und soziale Integration, 5. Körperschema, 6. Unangemessene gegensteuernde Maßnahmen, Substanzmißbrauch, Fasten und Autoaggression, 7. Atypische Eßanfälle. Hohe Summenwerte auf den Subskalen geben Hinweise auf das Vorliegen einer Eßstörung bzw. Komorbidität.

Die Auswertung des SIAB-S erfolgt durch einen Computer-Algorithmus, die Auswertungsobjektivität ist ebenso wie die Interpretationsobjektivität (Vorliegen von Vergleichswerten für klinische Populationen) gesichert. Die interne Konsistenz (Cronbach's alpha) der Skalen für den „jetzt“-Zeitpunkt wird mit 0,74 bis 0,92 angegeben (Ausnahme 0,34 bei der heterogenen Skala unangemessene gegensteuernde Maßnahmen, Substanzmißbrauch, Fasten und Autoaggression), für „früher“ mit 0,69 bis 0,94. Die Validität des SIAB-S wurde durch Korrelationen mit den Subskalen der Eating Disorder Examination (EDE, Fairburn & Cooper, 1993) überprüft. Die Mehrzahl der Korrelationen zwischen den SIAB-S-Subskalen („jetzt“-Zustand) mit der EDE wird mit Werten zwischen 0,30 und 0,68 angegeben. Laut Fichter & Quadflieg (1999^b)

können die Subskalen des SIAB in Längsschnittstudien als mögliche Prädiktoren des Krankheitsverlaufs dienen.

Der Fragebogen, den die Männer mit der Erstmessungsdiagnose Eßstörung-NNB im Rahmen eines zwei-stufigen *Screening-Verfahrens* ausfüllen sollten, stellt eine auf die diagnostisch bedeutsamen Items reduzierte Version des SIAB dar. Beurteilungszeiträume waren „letzte 3 Monate“ und „früher“. Abweichend von der Handhabung beim SIAB-EX werden beim SIAB-S als Screening-Instrument bei der Diagnosenstellung grundsätzlich Werte von 1 („leicht“/„selten“) bis 4 („sehr stark“/„sehr häufig“) als das Kriterium erfüllend angesehen. Von dieser Regel wurde nur dann abgewichen, wenn ein Kriterium nur durch die Kodierung 2 („deutlich/öfter“) bis 4 erfüllt sein konnte. Die Grenze wurde hier bewußt niedrig gewählt, um positive Fälle nicht zu übersehen, zumal in Selbsteinschätzungsverfahren mit einer Unterschätzung der Symptomatik durch ein Antwortverhalten nach sozialer Erwünschtheit gerechnet werden muß. Fichter & Quadflieg (1999^b) berichten für das SIAB-S als Screening-Instrument einen sehr hohen positiven Vorhersagewert (positive predictive value) von 0,91 bezüglich des „worst ever“-Zeitraumes und von 0,90 für den „früher“-Zeitraum. Für den „jetzt“-Zeitraum liegt der positive Vorhersagewert bei 0,72.

4.2.1.2 Eating Disorder Inventory

Das Eating Disorder Inventory (EDI; Garner, Olmsted & Polivy, 1983; Garner, 1991) ist ein Standardinstrument zur Selbsteinschätzung von Eßstörungen und wurde zur multidimensionalen Erfassung psychologischer Charakteristika und Verhaltensauffälligkeiten bei Personen mit Anorexia nervosa bzw. Bulimia nervosa entwickelt. Der Schwerpunkt des EDI liegt auf der Erfassung spezifischer, kognitiver Verhaltensdimensionen, die für eine Differenzierung von Untergruppen eßgestörter Personen bedeutsam erscheinen. Faktorenanalysen über die 64 Items des EDI ergaben acht Subskalen:

1. Schlankheitsstreben, 2. Bulimie, 3. Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper, 4. Ineffektivität, 5. Perfektionismus, 6. Mißtrauen, 7. Interozeptive Wahrnehmung, 8. Angst vor dem Erwachsenwerden. Seit der Erweiterung des EDI von 64 auf 91 Items existieren drei weitere statistisch nicht abgesicherte Skalen (Asketismus, Impulsregulation, Soziale Unsicherheit). Diese drei Skalen wurden in den Auswertungen nicht berücksichtigt. Die einzelnen Items des EDI werden auf einer Skala von 0 bis 5 für den

Zeitpunkt der Untersuchung bzw. „derzeit“ eingeschätzt, wobei 0 = „nie“ und 5 = „immer“. Die interne Konsistenz (Cronbach's alpha) liegt bei den einzelnen Skalen des EDI zwischen 0,82 und 0,90.

Bei der Auswertung des EDI wird standardmäßig eine Rekodierung der Werte nach folgendem Schema vorgenommen: der höchste Symptomausprägungsgrad wird auf den Wert „3“ umcodiert, die nächsthöchste Kategorie erhält den Wert „2“, die folgende den Wert „1“. Die verbleibenden Kategorien erhalten den Wert „0“.

4.2.1.3 Psychiatric Status Rating Scale

Zur Einschätzung des Schweregrades der Bulimia nervosa stellten Herzog, Keller, Lavori, Bradburn & Ott (1988) die Psychiatric Status Rating Scale (PSR) als Instrument zur Experteneinschätzung vor. In leicht modifizierter Form wurde dieses Instrument in den Katamneseinterviews, analog auch für die Anorexia nervosa, verwendet. Ausprägungen der jeweiligen Symptomatik werden bei diesem Instrument auf einer Skala von 1 bis 6 eingeschätzt. Die Einschätzung mittels PSR folgte im Experteninterview dem SIAB-EX und wurde somit auf der Basis dieses Instruments getroffen. Die PSR ermöglicht eine Globaleinschätzung der Eßstörung durch Experten und stellt eine Spezialskala des ursprünglich von Keller, Lavori, Friedman, Nielsen, Endicott, McDonald-Scott & Andreasen (1987) entwickelten Psychiatric Status Rating dar.

Keller et al. (1987) geben für die PSR bei affektiven Störungen einen Intra-Class-Koeffizienten von 0,95, für andere Bereiche der Psychopathologie einen Intra-Class-Koeffizienten von 0,81 an. Ein Vergleich der Einschätzungen der PSR mit denen des Items „Globale Symptomeinschätzung“ im SIAB-EX ergab Spearman-Rang-Korrelationen von 0,81 bis 0,90 (0,88 für die Gesamtgruppe) in einer Stichprobe weiblicher Probandinnen, die 6 Jahre nach ihrem Klinikaufenthalt nachuntersucht wurden.

Folgende Kodierungen für die einzelnen Werte bei Bulimia nervosa werden bei der PSR angegeben:

6 = Ausgeprägte Symptomatik - sehr schwer

Entspricht den DSM-IV-Kriterien für Bulimia nervosa, d.h. Eßattacken mit Erbrechen und/oder Laxantien mindestens 2 mal pro Woche. Das Eßverhalten führt zu einer ausgeprägten Anpassungsstörung (z.B. Fehlzeiten an der Arbeitsstelle wegen Eßattacken oder Verfahren der Gewichtskontrolle etc.).

5 = Ausgeprägte Symptomatik

Entspricht den DSM-IV-Kriterien für Bulimia nervosa, d.h. Eßattacken mit Erbrechen und/oder Laxantien mindestens 2 mal pro Woche. Die Lebensbewältigung ist dadurch nicht wesentlich eingeschränkt. Es besteht ein verantwortungsbewußter Lebensstil, da die Eßattacken neben der Schule/Arbeit etc. stattfinden.

4 = Deutliche Symptomatik

Entspricht nicht den DSM-IV-Kriterien für Bulimia nervosa, bulimische Symptome sind jedoch in deutlicher Ausprägung vorhanden.

3 = Teilweise Remission

Wesentlich geringere Psychopathologie als die voll ausgeprägten DSM-IV-Kriterien für Bulimia nervosa.

2 = Residualsymptomatik

Obwohl die DSM-IV-Kriterien für Bulimia nervosa nicht erfüllt sind und auch keine Eßattacken auftreten, besteht ein subjektives Gefühl, gegen Heißhungerimpulse ankämpfen zu müssen.

1 = Gewohntes Selbst

Keinerlei Hinweise auf eine Bulimia nervosa. Gegen Heißhungerimpulse bzw. gegen das Bedürfnis nach Eßattacken und gegensteuernden Maßnahmen muß nicht mehr angekämpft werden. Deutliche Symptome einer tieferliegenden Störung können jedoch unabhängig davon weiterhin bestehen (z.B. Dysthymie, Persönlichkeitsstörung etc.).

Für Anorexia nervosa gelten analog folgende Kodierungen der PSR:

6 = Ausgeprägte Symptomatik - sehr schwer

Entspricht den DSM-IV-Kriterien für Anorexia nervosa und das Körpergewicht liegt mindestens 30% unterhalb des idealen Körpergewichts. Dies führt zu einer ausgeprägten Anpassungsstörung (z.B. stationäre Behandlung, Unfähigkeit zur Schule/Arbeit zu gehen oder völlige Beschäftigung mit Diät, so daß alle anderen Aktivitäten nicht mehr ausgeführt werden können).

5 = Ausgeprägte Symptomatik

Entspricht den DSM-IV-Kriterien für Anorexia nervosa, aber ohne extreme Einschränkung der Lebensbewältigung. Fähigkeit zur Schule/Arbeit zu gehen ist nicht eingeschränkt, obwohl das Körpergewicht weit unter der Norm liegt.

4 = Deutliche Symptomatik

Entspricht nicht den DSM-IV-Kriterien für Anorexia nervosa, anorektische Symptome sind jedoch in deutlicher Ausprägung vorhanden (z.B. liegt das Körpergewicht 14% unter dem idealen Körpergewicht und weiterhin sind deutliche Körperschemastörungen vorhanden).

3 = Teilweise Remission

Wesentlich geringere Psychopathologie als die voll ausgeprägten DSM-IV-Kriterien für Anorexia nervosa. Dennoch sind weiterhin deutliche Anzeichen der Störung vorhanden (z.B. liegt das Körpergewicht 10% unter dem idealen Körpergewicht und weiterhin besteht eine deutliche Gewichtsphobie).

2 = Residualsymptomatik

Obwohl die DSM-IV-Kriterien für Anorexia nervosa nicht erfüllt sind, wird weiterhin ein großer Teil der Zeit mit Gedanken an Essen und Gewicht gefüllt. Das Körpergewicht liegt unter dem idealen Körpergewicht.

1 = Gewohntes Selbst

Das Körpergewicht liegt im Normbereich. Keine Anzeichen von Anorexia nervosa. Bei Frauen: regelmäßige Menstruation. Deutliche Symptome einer tieferliegenden Störung können jedoch unabhängig davon weiterhin bestehen (z.B. Dysthymie, Persönlichkeitsstörung etc.).

4.2.2 Skalen zur allgemeinen Psychopathologie

4.2.2.1 Symptom Checklist-90-R

Die Symptom Checklist wurde von Derogatis, Liberman, Rickels, Uhlenhuth & Cori (1974) in ihrer ursprünglichen Form (HSCL, Hopkins Symptom Checklist) entwickelt. In der vorliegenden Studie kam die deutsche Fassung SCL-90-R von Franke (1995) zum Einsatz. Die SCL-90-R dient der Erfassung psychopathologischer Symptomatik mit Hilfe von 90 Items, die sich auf neun Dimensionen bzw. Faktoren verteilen:

1. Somatisierung, 2. Zwanghaftigkeit, 3. Unsicherheit im Sozialkontakt, 4. Depressivität, 5. Ängstlichkeit, 6. Aggressivität/Feindseligkeit, 7. Phobische Angst, 8. Paranoides Denken und 9. Psychotizismus. Jedes Item wird auf einer Skala von 0 = „überhaupt nicht vorhanden“ bis 4 = „sehr stark vorhanden“ bewertet. Die Faktorwertberechnung erfolgt als Durchschnittsbildung der jeweils zugeordneten Itemwerte. Zusätzlich können folgende Indices berechnet werden:

- der „*General Symptomatic Index*“ (*GSI*) als arithmetisches Mittel aller Antworten, das die grundsätzliche psychische Belastung mißt
- das „*Positive Symptom Total*“ (*PST*) als Anzahl der Items, auf die eine positive Antwort erfolgte
- der „*Positive Symptom Distress Index*“ (*PSDI*) als arithmetisches Mittel der angegebenen positiven Antworten

Franke (1995; 2002) legte Normdaten für deutsche Stichproben vor. Die interne Konsistenz (Cronbach's alpha) wird von Franke wie auch Derogatis mit Werten

zwischen 0,77 und 0,90 als gut bewertet. Sie ist vor allem bei den GSI-Werten mit 0,94 bis 0,98 bei verschiedenen klinischen und nicht-klinischen Stichproben besonders hoch.

4.2.2.2 Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse I, Psychische Störungen

Das Strukturierte Klinische Interview (SKID) für DSM-IV, Achse I (SKID-I, Wittchen, Wunderlich, Gruschwitz & Zaudig, 1997) wurde nach Grundsätzen der operationalisierten Diagnostik konzipiert und dient der systematischen Erfassung und Diagnostik der im DSM kodierten Syndrome und Störungen. Folgende Sektionen bzw. Auszüge aus Sektionen des SKID-I in der deutschen Fassung von Wittchen et al. (1997) wurden verwendet und für den Zeitpunkt des Interviews („jetzt“) und „lifetime“ (jemals im Leben) eingeschätzt:

Sektion A:	Affektive Syndrome
Sektion B:	Psychotische und assoziierte Symptome
Sektion C:	Psychotische Störungen
Sektion D:	Affektive Störungen
Sektion E:	Mißbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen
Sektion F:	Angststörungen

Die „lifetime“-Diagnosen wurden zusätzlich nach deren Beginn, Ende und schlimmster Phase spezifiziert. Die Einstufung der Symptomatik erfolgt im SKID-I durch drei Kodierungen, wobei 1 = „nicht vorhanden“, 2 = „unterschwellig vorhanden“ und 3 = „voll erfüllt“. Kriterien, die für das Stellen einer bestimmten Diagnose unbedingt erforderlich sind, werden dichotom mit 1 = „nicht vorhanden“ und 3 = „voll erfüllt“ eingestuft. Laut Wittchen et al. (1997) wurde das SKID in amerikanischen und deutschen Studien mit befriedigenden psychometrischen Befunden bezüglich Anwendbarkeit, Reliabilität und Effizienz untersucht.

Bei den Frauen der *GLEDS* (*German Longitudinal Eating Disorders Study*, Fichter & Quadflieg, 1997, 1999^a; Fichter et al., 1998) wurde die komorbide Symptomatik 2 und 6 Jahre nach stationärer Behandlung jeweils mittels der Münchner Diagnosen Checklisten für DSM-III-R (Hiller, Zaudig & Mombour, 1990; Hiller & Zaudig, 1992) erhoben.

4.2.2.3 Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II, Persönlichkeitsstörungen

Das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV, Achse II (SKID-II, Fydrich, Renneberg, Schmitz & Wittchen, 1997) ist ein halbstrukturiertes Verfahren und dient der kategorialen Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV. Zu Screening-Zwecken sollte dem SKID-II-Interview in einem zweistufigen Verfahren ein Fragebogen vorgeschaltet werden, der jedoch aus Gründen der Praktikabilität in dieser Studie nicht zum Einsatz kam.

Folgende Persönlichkeitsstörungen, gruppiert in drei Cluster nach Ähnlichkeit der Kardinalsymptome, können mit dem SKID-II diagnostiziert werden:

- Cluster A: Paranoide, Schizoide und Schizotypische Persönlichkeitsstörung
- Cluster B: Antisoziale, Borderline, Histrionische und Narzißtische Persönlichkeitsstörung
- Cluster C: Selbstunsichere, Dependente und Zwanghafte Persönlichkeitsstörung

Cluster C enthält analog dem DSM-IV zwei weitere Forschungsdiagnosen, die Negativistische und Depressive Persönlichkeitsstörung. Wie im SKID-I erfolgt auch hier die Einstufung der Symptomatik durch drei Kodierungen, wobei 1 = „nicht vorhanden“, 2 = „unterschwellig vorhanden“ und 3 = „voll erfüllt“. Auf Diagnoseebene bedeutet 1 = „Kriterien für Persönlichkeitsstörung nicht erfüllt“ und 3 = „Kriterien für Persönlichkeitsstörung erfüllt“. Sämtliche Persönlichkeitsstörungen wurden bei den Männern im Experteninterview nach dem „Cut-off“-Prinzip erfragt, d.h., die Befragung wurde jeweils abgebrochen, sobald feststand, daß die geforderte Minimalanzahl von Items für eine Diagnose nicht mehr erreicht werden konnte. Die entsprechenden Cut-off-Kriterien wurden im Interview deutlich gekennzeichnet, um mögliche Fehlerquellen für die Interviewer zu vermeiden.

Bei den Frauen der Vergleichsstichprobe, die der *GLEDS* (*German Longitudinal Eating Disorders Study*, Fichter & Quadflieg, 1997, 1999^a; Fichter et al., 1998) angehören, wurde nur die Borderline-Persönlichkeitsstörung systematisch im Experteninterview erhoben. Der Vergleich zwischen Männern und Frauen hinsichtlich Achse-II-Komorbidität konnte also auch nur für diese Persönlichkeitsstörung durchgeführt werden. Bei den Frauen der *GLEDS* wurde die Borderline Symptomatik 2 und 6 Jahre nach stationärer Behandlung jeweils mittels einer eigens nach DSM-III-R erstellten Checkliste erhoben. Die einzelnen Symptome nach DSM-III-R wurden bei Katamnese jeweils dichotom (1 = „Symptomatik vorhanden“, 0 = „Symptomatik nicht vorhanden“)

von den Interviewern eingeschätzt. Das Vorhandensein einer Borderline-Persönlichkeitsstörung wurde festgestellt, sobald 5 oder mehr der 8 übergreifenden Problem-bereiche nach DSM-III-R mit „1“ kodiert worden waren.

4.2.3 Fragen zu Sexualität

Im Fragebogen wurden den Probanden Fragen zur (Homo-) Sexualität bzw. zur Selbsteinschätzung der sexuellen Neigungen vorgegeben. „Lifetime“ (für irgendeinen Zeitpunkt/Zeitspanne des Lebens) wurde erhoben, ob die Probanden eine Partnerbeziehung mit einem gleichgeschlechtlichen Partner gehabt hatten. Des Weiteren wurde die Selbsteinschätzung der sexuellen Neigungen als hetero-, homo- oder bisexuell und das Vorliegen homosexueller Erfahrungen erfragt. Die Männer und Frauen der vorliegenden Arbeit beantworteten hierzu folgende Fragen:

Haben (oder hatten) Sie eine feste Partnerbeziehung?

- 1 nein
- 2 ja, Partner
- 3 ja, Partnerin

Welcher der folgenden Sätze beschreibt Ihre sexuellen Neigungen am besten?

- 1 Ich bin ausschließlich heterosexuell veranlagt
- 2 Ich bin heterosexuell veranlagt, habe aber homosexuelle Erfahrungen
- 3 Ich bin bisexuell veranlagt
- 4 Ich bin homosexuell veranlagt, habe aber heterosexuelle Erfahrungen
- 5 Ich bin ausschließlich homosexuell veranlagt

Homosexuelle Neigung wurde dann als vorhanden definiert, wenn im Fragebogen einer der Codes 3, 4, oder 5 angekreuzt wurde.

Haben Sie intimere gleichgeschlechtliche Erfahrungen (Geschlechtsverkehr)?

- 0 nein
- 1 ja

Die Beantwortung dieser Frage mit „ja“ und/oder die Beantwortung der sexuellen Neigungen mit Code 2 definierte eine homosexuelle Erfahrung.

Des Weiteren wurden auf Basis dieser Items die Konstrukte „homosexuelle Orientierung“ und „homosexuelle Erfahrung“ aus den Daten extrahiert und wie folgt operationalisiert:

Homosexuelle Orientierung:

Die Probanden gaben für irgendeinen Zeitpunkt an, eine feste gleichgeschlechtliche Partnerbeziehung zu haben

UND/ODER

Die Probanden beschrieben ihre sexuellen Neigungen als homosexuell oder bisexuell.

Homosexuelle Erfahrung:

Die Probanden gaben für irgendeinen Zeitpunkt an, eine feste gleichgeschlechtliche Partnerbeziehung zu haben

UND/ODER

Die Probanden gaben an, homosexuelle Erfahrungen (Geschlechtsverkehr) gehabt zu haben.

4.3 Schulung der Interviewer

Die diagnostischen Interviews mit Männern im Rahmen der vorliegenden Studie wurden ausschließlich von der Autorin der Arbeit und einer weiteren Interviewerin durchgeführt. Beide Interviewerinnen hatten zu Beginn der Datenerhebung ein Studium der Psychologie mit Diplom bzw. eine Dissertation im Fach Psychologie abgeschlossen. Beide Interviewerinnen hatten außerdem mindestens zwei Jahre Berufserfahrung in klinischer Psychologie. Der Datenerhebung war eine intensive Schulung der Interviewerinnen vorgeschaltet, die durch zwei erfahrene Kollegen (ebenfalls Diplom-Psychologen, Mitarbeiter der Klinik Roseneck) geleitet wurde.

Das ca. sechswöchige Interviewertraining hatte folgende Bestandteile:

- Theoretische Einführung, v.a. in SCID-I, SCID-II und SIAB-EX
- Durchführen von „Life“-Interviews mit Patienten der Klinik Roseneck in Prien/Chiemsee
- Videogestützte Analyse von Interviews
- Durchführen supervidierter Interviews

Während der Datenerhebungsphase fanden regelmäßige Teamsitzungen statt, in denen die Ergebnisse der Interviews supervisorisch besprochen wurden.

Die diagnostischen Interviews mit den Frauen der Vergleichsstichprobe, die der *GLEDS* (*German Longitudinal Eating Disorders Study*, Fichter & Quadflieg, 1997, 1999^a; Fichter et al., 1998) angehören, wurden zum 12-Jahres-Nacherhebungszeitpunkt ebenfalls ausschließlich von den beiden obengenannten Interviewerinnen durchgeführt. Für die 2- und 6-Jahres-Katamnese im Rahmen der *GLEDS* waren andere Diplom-Psychologen mit mehrjähriger Erfahrung in klinischer Psychologie und Expertise in den verwendeten Instrumenten verantwortlich.

4.4 Design

4.4.1 Durchführung und Ablauf der Nacherhebung

Allen Probanden der Studie wurde zunächst eine 36seitige Selbsteinschätzungsbatterie (s. Kapitel 4.2, Instrumente) per Post an die letzte bekannte Adresse geschickt. Darin enthalten war ein ausführliches Anschreiben, in dem Hintergründe und Zweck der Studie geschildert und die Probanden aufgefordert wurden, den ausgefüllten Fragebogen innerhalb der folgenden 10 Tage zurückzuschicken. Das Anschreiben enthielt auch den Hinweis auf das telefonische Interview, das dem Fragebogen folgen sollte. Auf dem Deckblatt des Fragebogens sollte deshalb die Telefonnummer angegeben werden, unter der eine Kontaktaufnahme erfolgen sollte. Probanden, die den Fragebogen nicht innerhalb der geforderten Frist zurückschickten, erhielten zunächst eine schriftliche und später eine telefonische Erinnerung, insofern die Telefonnummer über Auskunft bzw. Telefonbuch ermittelt werden konnte. In Fällen, wo die aktuelle Adresse der Probanden unbekannt war bzw. Post nicht zugestellt werden konnte, wurden Einwohnermeldeämter kontaktiert und mit einem offiziellen Schreiben, in dem das wissenschaftliche Interesse der Studie betont wurde, gebeten, die aktuelle Adresse der Probanden mitzuteilen. Recherchen zu Adressen und Telefonnummern wurden des Weiteren über CD-Rom und Internet bzw. Angehörige der Probanden betrieben, um eine möglichst hohe Ausschöpfungsquote zu erzielen.

Die Fragen der Selbsteinschätzungsversion des Strukturierten Inventars für Anorektische und Bulimische Eßstörungen (SIAB-S) erfassen die Zeiträume „letzte zwei Wochen“ bzw. „letzte drei Monate“ (bei diagnostisch relevanten Items) und „früher“ (jemals im Erwachsenenalter, bis vor zwei Wochen / drei Monaten). Der Zeitraum „letzte zwei Wochen“ wurde hier, abweichend vom Standard-SIAB, gewählt, um eine bessere Vergleichbarkeit mit den im Rahmen der *GLEDS (German Longitudinal Eating Disorders Study, Fichter & Quadflieg, 1997, 1999^a; Fichter et al., 1998)* untersuchten Frauen zu gewährleisten, bei denen dieser Zeitraum so eingeführt worden war. Im Experteninterview wurden diagnostisch relevante Items zusätzlich retrospektiv für den Zeitpunkt der Aufnahme kodiert, um ein Vorliegen der Eßstörung für diesen Zeitpunkt zu überprüfen.

Um eine möglichst hohe Ausschöpfungsquote bei der Nachuntersuchung zu erzielen und die Ausfälle gering zu halten, wurde den Probanden gegebenenfalls eine finanzielle Aufwandsentschädigung in Höhe von EURO 25 angeboten. Probanden, die kontaktiert werden konnten, eine Teilnahme an der Studie jedoch ablehnten, wurden wenn möglich in einem Kurzinterview zu ihrem derzeitigen Gesundheitsstatus sowie zu Eßstörungssymptomen und Komorbidität befragt. Probanden, deren Wohnort bekannt war und im Umkreis von ca. 200 km um München lag, wurden zum Teil an ihrem Wohnort aufgesucht und persönlich befragt. In Fällen, in denen Probanden nicht persönlich interviewt werden konnten, wurden, sofern möglich, fremdanamnestische Daten über Angehörige bzw. Lebenspartner oder Freunde erhoben. Die resultierenden Kurzinterviews ermöglichten eine Diagnosestellung bezüglich der Eßstörung für den „jetzt“-Zeitpunkt. Bei Probanden, die im Katamnesezeitraum verstorben waren, wurden nach Möglichkeit ebenfalls Angehörige bzw. Freunde zur Todesursache und zum Vorliegen von Eßstörungssymptomen vor Eintreten des Todes befragt.

Zurückgesendete Fragebögen von Probanden wurden gleichmäßig auf die beiden Interviewerinnen verteilt, die im Anschluss möglichst zeitnah ein persönliches oder telefonisches Interview durchführten. Die Interviewerinnen hatten aus Objektivitätsgründen keinen Einfluss auf die Zuteilung der Fragebögen und somit der Interviews.

4.4.2 Erhebungsart

Da sowohl die Klinik Roseneck als auch die Klinik Bad Bramstedt ein überregionales Einzugsgebiet besitzen, waren die befragten Männer zum Nacherhebungszeitpunkt über ganz Deutschland verteilt, einige befanden sich mittlerweile im Ausland. Die Expertenbefragung wurde demnach je nach Wohnort der Probanden entweder in Form eines persönlichen oder telefonischen Interviews durchgeführt. Probanden, die im Großraum München ansässig waren, wurden größtenteils persönlich interviewt. Die Experteninterviews dauerten ca. 1,5 bis 2 Stunden, in Einzelfällen aber auch deutlich länger. Persönliche Interviews wurden größtenteils in den Räumen der Psychiatrischen Universitätsklinik München, bisweilen aber auch am Wohnort der Probanden durchgeführt.

In der vorliegenden Arbeit wurde davon ausgegangen, daß keine systematischen Unterschiede in den Ergebnissen bzw. in den diagnostischen Urteilen der Interviewer in Abhängigkeit von den unterschiedlichen Erhebungsarten (telefonisches versus persönliches Interview) zu erwarten sind. Diese Annahme stützt sich u.a. auf Befunde von Fichter & Quadflieg (1997), die in einer begleitenden Methodenstudie im Rahmen der *GLEDS (German Longitudinal Eating Disorders Study)* zum Vergleich von telefonischen und persönlichen Interviews keinen durch die unterschiedlichen Erhebungsarten verursachten Unterschied in den Ergebnissen bzw. in den diagnostischen Urteilen der Interviewer feststellen konnten. Sobin, Weissman, Goldstein, Adams, Wickramaratne, Warner & Lish (1993) kamen zu demselben Ergebnis hinsichtlich der Erstellung von „lifetime“-Diagnosen psychischer Störungen bei Familienstudien. Auch Rohde, Lewinsohn & Seeley (1997) ziehen in ihrer Studie zur Vergleichbarkeit von persönlichen und telefonischen Interviews bei der Erfassung von Achse-I und Achse-II Störungen den Schluss, daß beide Methoden äquivalent eingesetzt werden können. Die Autoren stellten in einer Test-Retest-Bedingung bei Männern im Vergleich zu Frauen lediglich im Bereich der Angststörungen eine geringere, aber immer noch sehr gute, Reliabilität über die Methoden hinweg fest.

Um eine Verzerrung der diagnostischen Einschätzungen durch unterschiedliche Erhebungsmethoden in der vorliegenden Arbeit definitiv auszuschließen, wurde folgendes Methoden-Kontrolldesign realisiert: 27 Probanden (25 Frauen und 2 Männer) wurden jeweils doppelt interviewt, telefonisch *und* persönlich. Zwischen den beiden Interviews lag ein Zeitraum von maximal zwei Wochen. Die Interviews wurden ausschließlich von den beiden Interviewerinnen der Studie (s. Punkt 4.3) durchgeführt. Das Design sah eine komplette Kontrolle der Reihenfolge des Interviewmodus und der Zuordnung des Interviewmodus zu den beiden Interviewerinnen vor. Die jeweils zweite Interviewerin kannte die Ergebnisse des Erstinterviews nicht. Bei 18 Probanden wurde das Erstinterview telefonisch, das Zweitinterview persönlich durchgeführt. Bei den verbleibenden 9 Probanden wurde die umgekehrte Reihenfolge realisiert.

Mit Ausnahme der Einzelitems des Strukturierten Inventars für Anorektische und Bulimische Eßstörungen (SIAB) wurden alle Messwerte auf Unterschiede zwischen den Interviewern und der Interviewreihenfolge hin geprüft. Dabei ergaben sich keine signifikanten Effekte. Für die Summenwerte und die Subskalen der Expertenversion des SIAB (SIAB-EX) ergaben sich Korrelationen zwischen 0,53 und 0,93. Die Mehrzahl

der Koeffizienten lag höher als 0,70. Es gab keine signifikanten Mittelwertsunterschiede (t-Tests). Auch hinsichtlich der komorbiden Symptomatik, gemessen bzw. eingeschätzt mit der Psychiatric Status Rating Scale (PSR), ergaben sich keine Mittelwertsunterschiede und es konnte ein gewichtetes Kappa von 0,95 ermittelt werden. Die Beobachterübereinstimmung kann also als sehr gut bezeichnet werden.

Hinsichtlich der Durchführungsbedingungen telefonischer Interviews zu diagnostischen Zwecken weisen Rohde et al. (1997) auf die Wichtigkeit der Einhaltung folgender Punkte hin:

- Ungestörtheit des Probanden während des Interviews, es sollten keine Dritten anwesend sein
- Herstellung von angemessenem Rapport durch den Interviewer
- Besondere Betonung der Vertraulichkeit durch den Interviewer

Diese Punkte wurden in der vorliegenden Studie strikt eingehalten bzw. bestmöglich umgesetzt und trugen neben der fundierten Schulung der Interviewerinnen zur erfolgreichen und methodisch einwandfreien Durchführung der telefonischen Interviews bei.

4.5 Statistische Auswerteverfahren

Neben deskriptiven Verfahren wurden die folgenden statistischen Methoden verwendet: Der Vergleich des Verlaufs von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa bei parallelierten Paaren von Männern und Frauen wurde mittels zweifaktorieller Varianzanalysen mit Messwiederholungen über die drei Messzeitpunkte der Katamnese (unabhängige Stichproben), exklusive Erstmessungszeitpunkt, berechnet. Der „between subjects“-Faktor war hierbei das Geschlecht, der „within subjects“-Faktor die Zeit, das heißt die drei Katamnesezeitpunkte. Die Daten hierzu wurden mit dem Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), Version 11.0, ausgewertet (SPSS Inc., 2001). Sämtliche deskriptiven Statistiken wurden ebenfalls mit SPSS, Version 11.0, berechnet (SPSS Inc., 2001).

Zusätzlich wurden unter Einbeziehung aller vorhandenen Erstmessungsdaten von Männern und Frauen Trendanalysen, sogenannte Lineare Gemischte Modelle (LGM), berechnet. Diese erlauben eine Vorhersage des statistischen Trends über die Zeit hinweg bei einer maximal großen Stichprobe, also unter Ausnutzung des gesamten Erstmessungs- und Katamnesezeitmaterials. Hier liegt die Annahme zugrunde, daß die Daten einen linearen Trend über die Zeit hinweg enthalten, der durch das Modell für Männer und Frauen getrennt geschätzt werden kann. Das Modell testet die Nullhypothese, daß die datenimmanenten geschlechtsspezifischen Trends sich nicht unterscheiden. Das LGM für die Daten der vorliegenden Studie beinhaltet zudem einen individuellen Zufallsfaktor für jede Person, der die zufällige Abweichung der betreffenden Person von den Modellannahmen und damit die natürliche Variabilität modelliert. Die Daten hierzu wurden mit dem statistischen Softwaresystem SAS (Statistical Analysis System), Version 8.2, ausgewertet (SAS Publishing, 2000). SAS ist ein Statistik-System, bestehend aus einem Basismodul sowie zahlreichen Zusatzmodulen für spezielle Problemstellungen, das im wesentlichen das gesamte statistische Methodenspektrum abdeckt. SAS sieht eine spezielle Auswertungs-Prozedur (PROC MIXED) für Lineare Gemischte Modelle vor, die hier zur Anwendung kam.

5 ERGEBNISSE

5.1 Ergebnisse des Parallelisierungsverfahrens für Männer und Frauen mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa

5.1.1 Anorexia nervosa

Die Daten zu den Kriterien „Alter“ und „Katamneseintervall“ des Parallelisierungsverfahrens bei den 62 Männern und Frauen mit Anorexia nervosa geben folgende Tabellen wieder:

Tab. 4 Altersdaten und Dauer der Eßstörung - Anorexia nervosa

	Anorexia nervosa		t-Test
	Männer	Frauen	
Anzahl (N) bei Erstmessung	62	62	
Alter bei Erstmessung in Jahren (M (SA))	26,4 (8,7)	25,1 (7,4)	n.s. (FG=122)
Alter bei Beginn der Eßstörung in Jahren (M (SA))	18,6 (8,2)	18,6 (6,9)	n.s. (FG=119)
Dauer der Eßstörung in Jahren (M (SA))	7,7 (7,6)	6,5 (5,3)	n.s. (FG=119)

M = Mittelwert; SA = Standardabweichung; n.s. = nicht signifikant; FG = Freiheitsgrade

Tab. 5 Länge der Katamneseintervalle - Anorexia nervosa

	Anorexia nervosa					
	2 Jahres Katamnese		6 Jahres Katamnese		12 Jahres Katamnese	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Anzahl (N)	32	32	14	14	16	16
Länge Katamneseintervall in Jahren (M)	2,3	2,5	6,0	5,9	18,9	12,5
SA	1,1	0,8	0,9	0,6	4,8	1,0

M = Mittelwert; SA = Standardabweichung

Es wird deutlich, daß es sich hier um eine sehr gut parallelisierte Stichprobe handelt, da neben den eigentlichen Parallelisierungskriterien „Alter bei Erstmessung“ und „Länge des Katamneseintervalls“ auch das Alter bei Beginn der Eßstörung und die Dauer der Eßstörung bei den Männern und Frauen mit Anorexia nervosa besonders gut übereinstimmen und nicht signifikant voneinander abweichen.

5.1.2 Bulimia nervosa

Daten zu den Kriterien „Alter“ und „Katamneseintervall“ des Parallelisierungsverfahrens bei den 55 Männern und Frauen mit Bulimia nervosa geben folgende Tabellen wieder:

Tab. 6 Altersdaten und Dauer der Eßstörung - Bulimia nervosa

	Bulimia nervosa		t-Test
	Männer	Frauen	
Anzahl (N) bei Erstmessung	55	55	
Alter bei Erstmessung in Jahren (M (SA))	33,9 (9,6)	31,1 (8,1)	n.s. (FG=108)
Alter bei Beginn der Eßstörung in Jahren (M (SA))	19,6 (8,7)	19,6 (7,1)	n.s. (FG=107)
Dauer der Eßstörung in Jahren (M (SA))	14,4 (10,0)	11,5 (5,0)	n.s. (FG=107)

M = Mittelwert; SA = Standardabweichung; n.s. = nicht signifikant; FG = Freiheitsgrade

Tab. 7 Länge der Katamneseintervalle - Bulimia nervosa

	Bulimia nervosa					
	2 Jahres Katamnese		6 Jahres Katamnese		12 Jahres Katamnese	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Anzahl (N)	24	24	16	16	15	15
Länge Katamneseintervall in Jahren (M)	2,2	1,9	5,5	5,9	12,7	12,6
SA	0,8	0,7	1,2	0,6	2,3	0,8

M = Mittelwert; SA = Standardabweichung

Wie schon bei Anorexia nervosa handelt es sich auch hier um eine sehr gut parallelisierte Stichprobe. Neben den Kriterien „Alter bei Erstmessung“ und „Länge des Katamneseintervalls“ stimmen auch das Alter bei Beginn der Eßstörung und die Dauer der Eßstörung bei den Männern und Frauen mit Bulimia nervosa gut überein.

5.2 Mortalitätsraten

Die Mortalitätsraten für Männer und Frauen mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa geben Tabelle 8 und Tabelle 9 wieder:

Tab. 8 Mortalitätsraten – Männer

Männer				
Mortalität	Gesamt	bis 2-Jahres Katamnese	2- bis 6-Jahres Katamnese	6- bis 12-Jahres Katamnese
	N	N	N	N
Anorexia nervosa	6/68	2/34	3/17	1/17
%	8,8	5,9	17,6	5,9
Bulimia nervosa	4/59	2/26	1/17	1/16
%	6,8	7,7	5,9	6,3

Bei den Männern mit Anorexia nervosa liegt die Mortalitätsrate bei der 6-Jahres-Katamnese mit 17,6% am höchsten. Bei den Männern mit Bulimia nervosa ist sie bei 2-Jahres-Katamnese gegenüber den restlichen Messzeitpunkten leicht erhöht (7,7%). Das Gesamt-N gibt die um die Anzahl der Verstorbenen erhöhte Fallzahl der Nachbefragten wieder.

Tab. 9 Mortalitätsraten – Frauen

Frauen				
Mortalität	Gesamt	bis 2-Jahres Katamnese	2- bis 6-Jahres Katamnese	6- bis 12-Jahres Katamnese
	N	N	N	N
Anorexia nervosa	7/69	5/37	1/15	1/17
%	10,1	13,5	6,7	5,9
Bulimia nervosa	4/59	0/24	3/19	1/16
%	6,8	0	15,8	6,3

Bei den Frauen mit Anorexia nervosa liegt die Mortalitätsrate bei 2-Jahres-Katamnese am höchsten (13,5%), bei Bulimia nervosa ist die Rate bei den Frauen zum 6-Jahres-Zeitpunkt mit 15,8% gegenüber den restlichen Messzeitpunkten deutlich erhöht. Das

Gesamt-N gibt auch hier die um die Anzahl der Verstorbenen erhöhte Fallzahl der Nachbefragten wieder.

Bei einem Vergleich der Männer und Frauen in den diagnostischen Subgruppen fällt auf, daß die absoluten Mortalitätsraten der Männer mit Anorexia nervosa zum 2-Jahres-Zeitpunkt (5,9%), die der Männer mit Bulimia nervosa zum 6-Jahres-Zeitpunkt (5,9%) deutlich niedriger liegen als die Werte der Frauen der jeweiligen Vergleichsgruppe (13,5% und 15,8%).

Hingegen liegen die Werte/Raten der Männer mit Anorexia nervosa zum 6-Jahres-Zeitpunkt (17,6%) und die der Männer mit Bulimia nervosa zum 2-Jahres-Zeitpunkt (7,7%) deutlich höher als die korrespondierenden Werte der Frauen zu diesen Zeitpunkten (6,7% und 0%).

Die Gesamtmortalitätsraten liegen bei Männern und Frauen mit Anorexia nervosa höher als bei Männern und Frauen mit Bulimia nervosa.

5.3 Soziodemographische Kennwerte

5.3.1 Anorexia nervosa

Die Daten zu Schulabschluß, beruflicher Stellung, Familienstand, Partnerschaft und Wohnsituation bei Katamnese für Männer und Frauen mit Anorexia nervosa gibt folgende Tabelle wieder:

Tab. 10 Soziodemographische Kennwerte der Männer und Frauen mit Anorexia nervosa bei Katamnese			
Anorexia nervosa			
	Männer %	Frauen %	chi ² -Test
Höchster Schulabschluß	N=62	N=59	
Kein Abschluß	0	0	n.s.
Qualifizierender Abschluß	11,3	22,0	(FG=7)
Fachschule ohne Abschluß	3,2	1,7	
Fachschule mit Abschluß	21,0	22,0	
Höhere Fachschule ohne Abschluß	3,2	3,4	
Abitur	24,2	23,7	
Höhere Fachschule mit Abschluß	12,9	10,2	
Hochschule ohne Abschluß	3,2	5,1	
Hochschule mit Abschluß	21,0	11,9	
Berufliche Situation	N=62	N=59	
Freiberuflich tätig	3,2	1,7	n.s.
Selbständig tätig	9,7	1,7	(FG=9)
Beamte(r)/Angestellte(r) (leitend)	9,7	6,8	
Beamte(r)/Angestellte(r)	30,6	28,8	
Arbeiter/-in	4,8	5,1	
Hausmann/Hausfrau	0	13,6	
Student(in)	12,9	16,9	
Arbeitslos	11,3	13,6	
Arbeitsunfähig/berentet	11,3	5,1	
Derzeit nicht berufstätig	6,5	6,8	
Familienstand	N=62	N=59	
Ledig	75,8	66,1	n.s.
Verheiratet	21,0	30,5	(FG=3)
Getrennt lebend	1,6	0	
Geschieden	1,6	3,4	
Verwitwet	0	0	
Partnerschaft	N=62	N=60	
Keine	58,1	40,0	3,9*
Partnerschaft	41,9	60,0	(FG=1)

Fortsetzung Tabelle 10 siehe nächste Seite

Anorexia nervosa			
	Männer %	Frauen %	chi ² -Test
Wohnsituation	N=62	N=59	
Alleine	40,3	30,5	n.s.
Bei Eltern	17,7	20,3	(FG=5)
Mit Partner/verheiratet	17,7	10,2	
Mit Partner/unverheiratet	12,9	28,8	
Bei Schwiegereltern	0	0	
In Wohngemeinschaft	8,1	10,2	
Sonstiges	3,2	0	

* p < .05; n.s. = nicht signifikant; FG = Freiheitsgrade

Wie Tabelle 10 zeigt, liegt der einzige signifikante Unterschied, der zwischen anorektischen Männern und Frauen gefunden werden konnte, im Bereich „Partnerschaft“. Mehr anorektische Frauen als Männer haben zum Zeitpunkt der Katamnese eine Partnerschaft.

Ausschließlich den Männern (N=62) wurde in Fragebogen und Interview bei Katamnese explizit die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Körpergewicht und beruflicher Tätigkeit gestellt. Auf die Frage „Ist Ihr Körpergewicht in Ihrem Beruf wichtig, bzw. ist es in Ihrem Beruf wichtig, eine schlanke Figur zu haben?“ antworteten 62,9% der Männer mit Anorexia nervosa mit „nein“, insgesamt 14,6% antworteten mit „ein wenig“ bzw. „ja“. Bei den restlichen 16,1% entfiel die Antwort aufgrund von Arbeitslosigkeit etc. oder fehlender Angaben (6,5%).

5.3.2 Bulimia nervosa

Die Daten zu den soziodemographischen Kennwerten bei Katamnese für Männer und Frauen mit Bulimia nervosa gibt Tabelle 11 wieder:

Tab. 11 Soziodemographische Kennwerte der Männer und Frauen mit Bulimia nervosa bei Katamnese

Bulimia nervosa			
	Männer %	Frauen %	chi ² -Test
Höchster Schulabschluß			
Kein Abschluß	N=53 0	N=51 2	n.s.
Qualifizierender Abschluß	28,3	29,4	(FG=8)
Fachschule ohne Abschluß	1,9	5,9	
Fachschule mit Abschluß	17,0	21,6	
Höhere Fachschule ohne Abschluß	0	5,9	
Abitur	15,1	13,7	
Höhere Fachschule mit Abschluß	9,4	7,8	
Hochschule ohne Abschluß	9,4	3,9	
Hochschule mit Abschluß	18,9	9,8	
Berufliche Situation			
Freiberuflich tätig	N=53 0	N=52 7,7	24,4**
Selbständig tätig	13,2	3,8	(FG=9)
Beamte(r)/Angestellte(r) (leitend)	18,9	7,7	
Beamte(r)/Angestellte(r)	22,6	34,6	
Arbeiter/-in	7,5	0	
Hausmann/Hausfrau	3,8	17,3	
Student(in)	3,8	11,5	
Arbeitslos	13,2	7,7	
Arbeitsunfähig/berentet	15,1	5,8	
Derzeit nicht berufstätig	1,9	3,8	
Familienstand			
Ledig	N=53 50,9	N=51 39,2	n.s.
Verheiratet	34,0	39,2	(FG=4)
Getrennt lebend	5,7	5,9	
Geschieden	9,4	13,7	
Verwitwet	0	2,0	
Partnerschaft			
Keine	N=53 35,8	N=54 31,5	n.s.
Partnerschaft	64,2	68,5	(FG=1)
Wohnsituation			
Alleine	N=53 41,5	N=52 28,8	19,9**
Bei Eltern	7,5	5,8	(FG=6)
Mit Partner/verheiratet	32,1	9,6	
Mit Partner/unverheiratet	15,1	44,2	
Bei Schwiegereltern	1,9	0	
In Wohngemeinschaft	1,9	9,6	
Sonstiges	0	1,9	

** p < .01; n.s. = nicht signifikant; FG = Freiheitsgrade

Hinsichtlich der beruflichen Situation und der Wohnsituation bei Katamnese zeichnen sich signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen mit Bulimia nervosa ab. Bezüglich der Wohnsituation ist besonders auffällig, daß mehr Männer als Frauen alleine leben oder aber als Ehepaar zusammen leben. Wesentlich mehr Frauen als Männer hingegen leben unverheiratet mit ihrem Partner zusammen.

Auf die Frage *„Ist Ihr Körpergewicht in Ihrem Beruf wichtig, bzw. ist es in Ihrem Beruf wichtig, eine schlanke Figur zu haben?“*, die den Männern mit Bulimia nervosa im Gegensatz zu den Frauen bei Katamnese gestellt wurde, antworteten 36,4% mit „nein“, insgesamt 23,6% antworteten mit „ein wenig“ bzw. „ja“. Bei den restlichen 20,0% entfiel die Antwort aufgrund von Arbeitslosigkeit etc. oder fehlender Angaben (20,0%).

5.4 Verlauf der Anorexia nervosa bei Männern und Frauen

Die Darstellung der Verlaufsergebnisse erfolgt diagnosenspezifisch. Ergebnisse der Probanden mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa werden getrennt voneinander dargestellt und jeweils mit den Daten von Frauen verglichen.

5.4.1 Häufigkeit der Diagnosen im Verlauf

Folgende Tabelle gibt die Häufigkeit des Auftretens verschiedener Diagnosen über die Zeit hinweg bei Männern und Frauen mit einer Erstmessungsdiagnose von Anorexia nervosa wieder:

Tab. 12 Häufigkeit der Diagnosen bei Anorexia nervosa im Katamnesezeitraum für Männer (M) und Frauen (F) nach 2, 6 und 12 Jahren (J.)

Diagnose	Anorexia nervosa							
	Erstmessung		2 J. Katamnese		6 J. Katamnese		12 J. Katamnese	
	M %	F %	M %	F %	M %	F %	M %	F %
AN-R	48,4	48,4	15,6	6,3	14,3	21,4	0	0
AN-B/P	51,6	51,6	15,6	34,4	14,3	21,4	6,3	6,3
BN-P	0	0	9,4	18,8	14,3	0	0	6,3
BN-NP	0	0	0	0	0	0	0	0
BED	0	0	0	0	0	0	0	0
Eßstörung-NNB	0	0	12,5	0	21,4	0	18,7	18,8
Übergewicht	0	0	0	3,1	0	0	0	0
Keine Eßstörung	0	0	46,9	37,4	35,7	57,2	75,0	68,6

AN-R = Anorexia nervosa - restriktiver Typus; AN-B/P = Anorexia nervosa - binge eating-/purging Typus; BN-P = Bulimia nervosa - purging Typus; BN-NP = Bulimia nervosa - non purging Typus; BED = Binge Eating Disorder; Eßstörung-NNB = nicht näher bezeichnete Eßstörung; keine Eßstörung = keine der diagnostischen Kategorien (inklusive Übergewicht) liegt vor

Wie Tabelle 12 wiedergibt, treten weder bei den untersuchten Männern noch bei den Frauen 12 und mehr Jahre nach Erstmessung Fälle von restriktiver Anorexia nervosa auf. Bei den Männern ist eine kontinuierliche Abnahme der Häufigkeit dieser Diagnose

über die Zeit hinweg zu beobachten während bei den Frauen die Häufigkeit zum 6-Jahres- im Vergleich zum 2-Jahres-Katamnesezeitpunkt um das ca. 3,4fache ansteigt. Fälle von Anorexia nervosa-binge eating-/purging Typus (AN-B/P) treten bei den untersuchten Männern und Frauen 12 Jahre nach Erstmessung gleich häufig auf (6,3%), wobei zu beachten ist, daß die mittlere Länge des Katamneseintervalls bei den Männern mit Anorexia nervosa deutlich länger ist als bei den Frauen. Es ist sowohl bei Männern als auch bei Frauen eine kontinuierliche Abnahme der Häufigkeit der Diagnose Anorexia nervosa-binge eating-/purging Typus über die Zeit hinweg zu beobachten, bei den untersuchten Männern tritt diese Diagnose jedoch bereits 2 und 6 Jahre nach Erstmessung deutlich seltener auf. 18,8% der untersuchten anorektischen Frauen leiden 2 Jahre nach Erstmessung an einer Bulimia nervosa-purging Typus, bei den Männern tut dies nur die Hälfte (9,4%). In der 6-Jahres-Katamnesegruppe leiden nur Männer an einer Bulimia nervosa-purging Typus (14,3%), in der 12-Jahres-Gruppe wiederum ausschließlich Frauen (6,3%).

Die Diagnose Eßstörung-NNB tritt bei 2- (12,5%) und 6-Jahres-Katamnese (21,4%) nur bei Männern auf. In der 12-Jahres-Katamnesegruppe leidet ein vergleichbarer Anteil von Männern (18,7%) und Frauen (18,8%) an einer Eßstörung-NNB.

Übergänge von Anorexia nervosa zu Bulimia nervosa-non purging Typus und Binge Eating Disorder fanden nicht statt. Fälle von reinem Übergewicht (Obesity) treten lediglich bei Frauen (3,1%) 2 Jahre nach Erstmessung auf.

Eine vergleichbare Anzahl von Männern und Frauen mit Anorexia nervosa bei Erstmessung hat 2 und 12 Jahre nach Erstmessung keine Eßstörung mehr. 6 Jahre nach Erstmessung sind es deutlich mehr Männer als Frauen, die an einer Eßstörung leiden.

5.4.2 Schweregrad der Eßstörung (Experteneinschätzung)

Die Psychiatric Status Rating Scale (PSR) ermöglicht eine Globaleinschätzung des Schweregrades der Eßstörung durch Experten. Die folgende Abbildung gibt die Experteneinschätzungen auf der PSR für anorektische Männer und Frauen wieder:

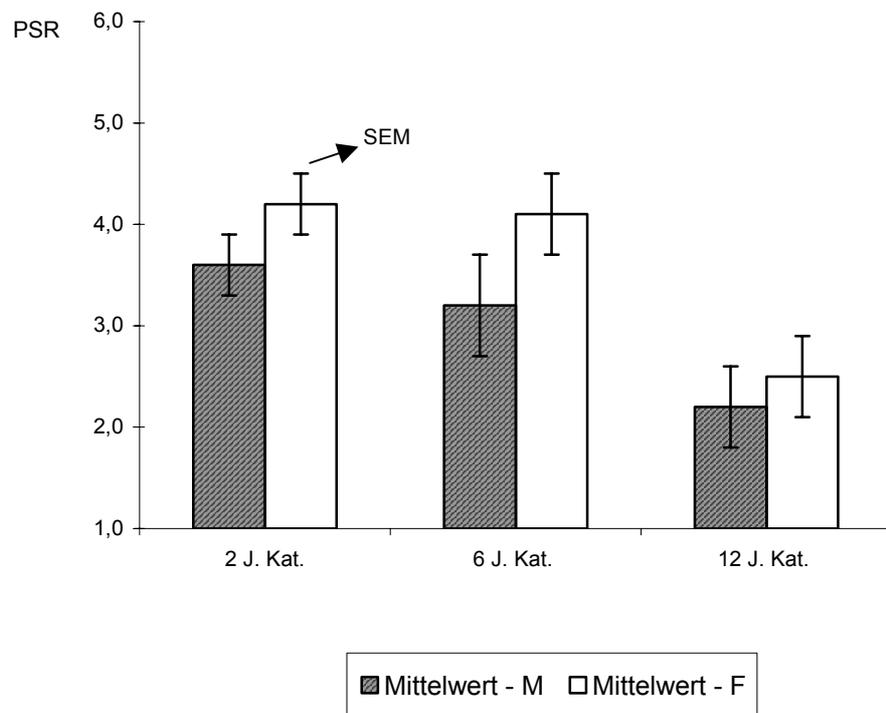


Abb. 1 Experteneinschätzung des Schweregrades der Anorexia nervosa auf der Psychiatric Status Rating Scale (PSR) bei 2-, 6- und 12 Jahres (J.) Katamnese (Kat.), Mittelwerte für Männer (M) und Frauen (F); Balken geben den SEM (Standard Error of the Mean, Standardfehler des Mittelwerts) wieder

Tab. 13 Mittelwerte für Männer (M) und Frauen (F) zur Experteneinschätzung des Schweregrades der Anorexia nervosa auf der Psychiatric Status Rating Scale (PSR) bei Katamnese (Kat.) nach 2, 6 und 12 Jahren (J.)

	2 J. Katamnese FG=62		6 J. Katamnese FG=26		12 J. Katamnese FG=30	
	M	F	M	F	M	F
Mittelwert	3,6	4,2	3,2	4,1	2,2	2,5
Standardabweichung	1,8	1,5	1,7	1,3	1,5	1,7
N	32	32	14	14	16	16

F (Geschlecht) = n.s.; F (Kat.) = 9,9**; F (Geschlecht x Kat.) = n.s.

** p < .01; n.s. = nicht signifikant; FG = Freiheitsgrade

Wie Abbildung 1 und die zugehörigen Werte in Tabelle 13 zeigen, wurden die Männer mit Anorexia nervosa in der Experteneinschätzung hinsichtlich des Schweregrades ihrer Eßstörung im Mittel durchweg niedriger eingestuft als die anorektischen Frauen. Dieser Effekt war jedoch nicht signifikant. Daten zum Erstmessungszeitpunkt liegen hier nicht vor, da die Psychiatric Status Rating Scale (PSR) nur bei den Katamneseuntersuchungen zum Einsatz kam. Bei beiden Geschlechtern nimmt die von Experten eingeschätzte Schwere der Symptomatik über die Zeit hinweg ab, bei den Männern ist diese Abnahme kontinuierlich im Gegensatz zu den untersuchten Frauen, bei denen zwischen 2- und 6-Jahres-Katamnesegruppe keine wesentliche Veränderung der Werte zu erkennen ist. Es ist hier ein hochsignifikanter Effekt der Zeit bzw. des Katamneseintervalls zu beobachten, d.h., über die Zeit hinweg ist ein signifikanter Rückgang der Symptomatik zu verzeichnen.

5.4.3 Verlauf der eßstörungsspezifischen Symptomatik (Selbsteinschätzung)

Das Eating Disorder Inventory (EDI) wurde zur multidimensionalen Erfassung psychologischer Charakteristika und Verhaltensauffälligkeiten bei Personen mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa entwickelt. Die folgende Abbildung gibt die EDI-Summenwerte für Männer und Frauen mit Anorexia nervosa wieder, die einzelnen Skalen des EDI mit den zugehörigen Werten finden sich im Anschluß daran (Tabelle 14).

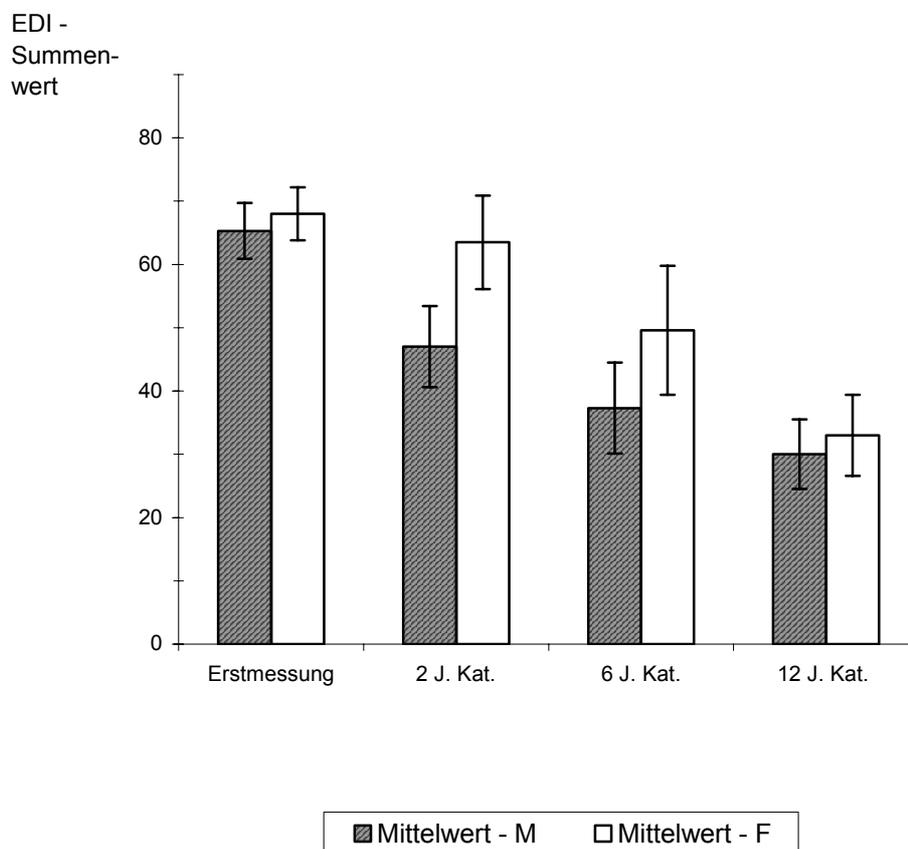


Abb. 2 Eßstörungsspezifischer Verlauf der Anorexia nervosa bei Männern (M) und Frauen (F) im Eating Disorder Inventory (EDI), Mittelwerte bei Erstmessung und 2-, 6- und 12 Jahres (J.) Katamnese (Kat.), Balken geben den SEM (Standard Error of the Mean, Standardfehler des Mittelwerts) wieder

Tab. 14 Skalenwerte des Eating Disorder Inventory (EDI) für Männer und Frauen mit Anorexia nervosa

Skala/Kennwert	Erstmessung		2 J. Katamnese		6 J. Katamnese		12 J. Katamnese		ANOVA ¹ und Paarvergleiche			Trendanalysen (LGM)
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	F (Geschl.)	F (Kat.)	F (Geschl. x Kat.)	
Summenwert	M	65,3	47,0	63,5	37,3	49,6	30,0	33,0	n.s.	5,3**	n.s.	Abnehm. Trend F = 53,2 *** m < f F = 4,2 * Interaktion F = n.s.
	SA	25,5	32,8	35,4	40,4	26,9	35,4	25,5	FG=1	FG=2	FG=2	
	SEM	4,4	4,2	6,4	7,4	7,2	10,2	5,5	6,4			
	N	33	62	31	30	14	12	14	16			
Schlankheits- streben	M	9,8	10	4,9 ²	9,2	3,8	6,6	3,2	7,0**	7,2**	n.s.	Abnehm. Trend F = 67,3 *** m < f F = 6,7 * Interaktion F = n.s.
	SA	5,4	5,3	5,8	6,8	4,0	6,5	5,1				
	SEM	0,9	0,7	1,1	1,2	1,1	1,9	0,5	1,3			
	N	33	62	31	30	14	12	15	16			
Bulimie	M	4,8	4,4	2,8	4,1	2,1	4,3	1,7	n.s.	n.s.	n.s.	Abnehm. Trend F = 17,5 *** m < f F = n.s. Interaktion F = n.s.
	SA	4,7	5,8	4,7	6,2	3,4	5,4	2,5				
	SEM	0,8	0,7	0,9	1,1	0,9	1,6	0,6				
	N	33	62	30	30	14	12	14	16			
Unzufrieden- heit mit dem eigenen Körper	M	10,0	11,2	8,1	12,5	6,3	8,2	6,1	4,3*	6,5**	n.s.	Abnehm. Trend F = 22,6 *** m < f F = 4,6 * Interaktion F = n.s.
	SA	5,5	5,9	5,8	8,5	6,9	5,6	7,0				
	SEM	1,0	0,8	1,0	1,5	1,8	1,6	1,8	1,8			
	N	33	61	31	30	14	12	14	16			

Fortsetzung Tabelle 14 siehe nächste Seite

Anorexia nervosa

Skala/Kennwert	Erstmessung		2 J. Katamnese		6 J. Katamnese		12 J. Katamnese		ANOVA ¹ und Paarvergleiche			Trendanalysen (LGM)
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	F (Geschl.)	F (Kat.)	F (Geschl. x Kat.) FG=2	
Ineffektivität	M	10,0	11,1	7,5	10,3	5,5	7,1	4,8	6,3	n.s.	n.s.	Abnehm. Trend F = 24,5 *** m < f F = n.s. Interaktion F = n.s.
	SA	7,1	7,4	7,5	8,7	5,4	8,2	4,7	7,4			
	SEM	1,2	0,9	1,3	1,6	1,4	2,4	1,2	1,8			
	N	33	62	31	30	14	12	15	16			
Perfektionismus	M	6,5	6,5	4,7	7,0	5,2	5,8	5,1	6,0	n.s.	n.s.	Abnehm. Trend F = 4,9* m < f F = n.s. Interaktion F = n.s.
	SA	4,1	4,1	3,4	4,5	3,2	4,3	3,8	2,7			
	SEM	0,7	0,5	0,6	0,8	0,8	1,2	1,0	0,7			
	N	32	61	31	30	14	12	15	16			
Mißtrauen	M	7,4	7,1	6,0	7,2	6,5	5,1	4,3	1,8	n.s.	n.s.	Abnehm. Trend F = 23,4 *** m < f F = n.s. Interaktion F = n.s.
	SA	4,6	4,3	5,2	5,2	6,0	4,3	3,7	5,1			
	SEM	0,8	0,5	0,9	0,9	1,7	1,2	1,0	1,3			
	N	33	62	31	30	13	12	14	16			
Interozeptive Wahrnehmung	M	9,0	9,9	6,8	8,1	5,3	5,3	2,5	2,2	n.s.	6,7**	Abnehm. Trend F = 52,4 *** m < f F = n.s. Interaktion F = n.s.
	SA	5,8	6,5	6,9	8,2	6,2	6,0	3,2	2,9			
	SEM	1,0	0,8	1,2	1,5	1,7	1,7	0,8	0,7			
	N	33	62	31	30	14	12	15	16			

Fortsetzung Tabelle 14 siehe nächste Seite

Anorexia nervosa

Skala/Kennwert	Erstmessung		2 J. Katamnese		6 J. Katamnese		12 J. Katamnese		ANOVA ¹ und Paarvergleiche			Trendanalysen (LGM)	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	F (Geschl.)	F (Kat.)	F (Geschl. x Kat.) FG=2		
Angst vor dem	M	8,0	7,8	6,0	5,1	2,7 ²	7,3	6,7 ²	3,8	n.s.	n.s.	4,6 *	Abnehm. Trend F = 13,7 *** m < f F = n.s. Interaktion F = n.s.
Erwachsen-	SA	4,5	5,4	5,1	5,4	2,4	6,8	4,3	2,9				
werden	SEM	0,8	0,7	0,9	1,0	0,7	2,0	1,1	0,7				
	N	33	62	31	30	14	12	15	16				

* p < .05; ** p < .01; *** p < .001; n.s. = nicht signifikant

¹ ANOVA wurde nur für die drei Katamnesezeitpunkte berechnet

LGM = Lineare Gemischte Modelle

FG = Freiheitsgrade

M = Mittelwert

SA = Standardabweichung

SEM = Standard Error of the Mean (Standardfehler des Mittelwerts)

Geschl. = Geschlecht

Kat. = Katamnesezeitpunkt

m = Männer, f = Frauen

m < f = Mittelwerte Männer < Mittelwerte Frauen

² = t-Test Männer versus Frauen: p < .05

Folgende Abbildungen (Abb. 3 und Abb. 4) geben wichtige Ergebnisse der Trendanalysen bezüglich der EDI-Skalen „Schlankheitsstreben“ und „Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper“ bei Anorexia nervosa (AN) wieder:

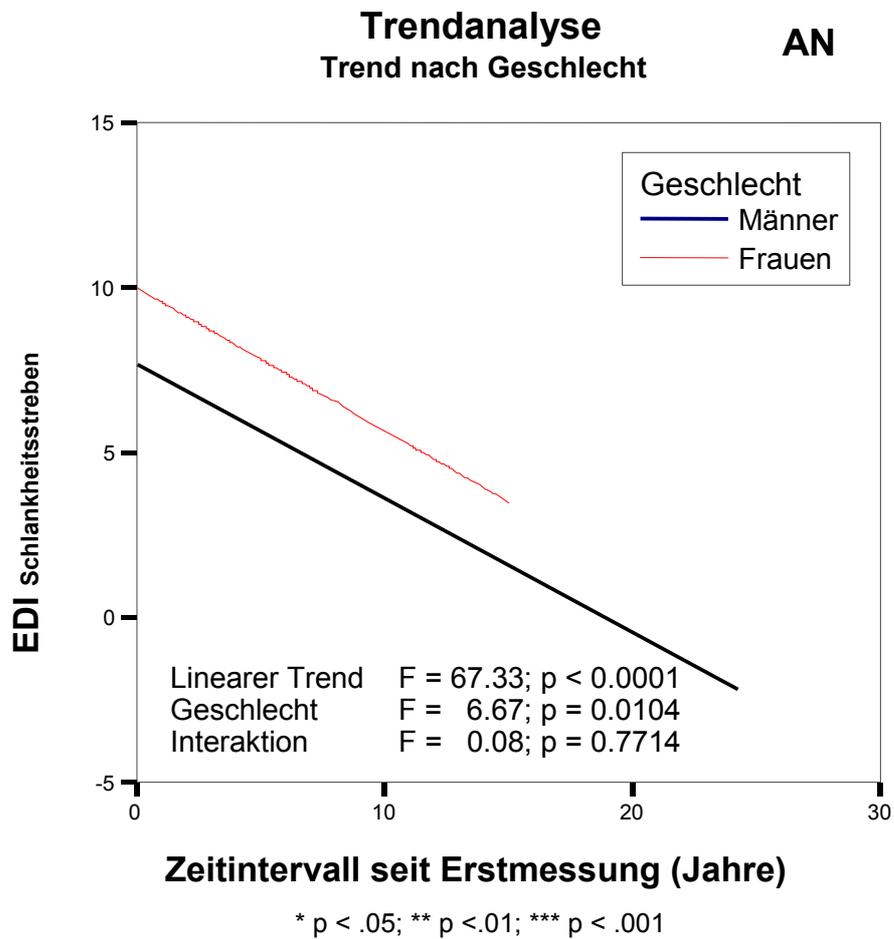


Abb. 3 Ergebnis der Trendanalyse für Männer und Frauen mit Anorexia nervosa (AN) – EDI-Skala „Schlankheitsstreben“

Trendanalyse Trend nach Geschlecht AN

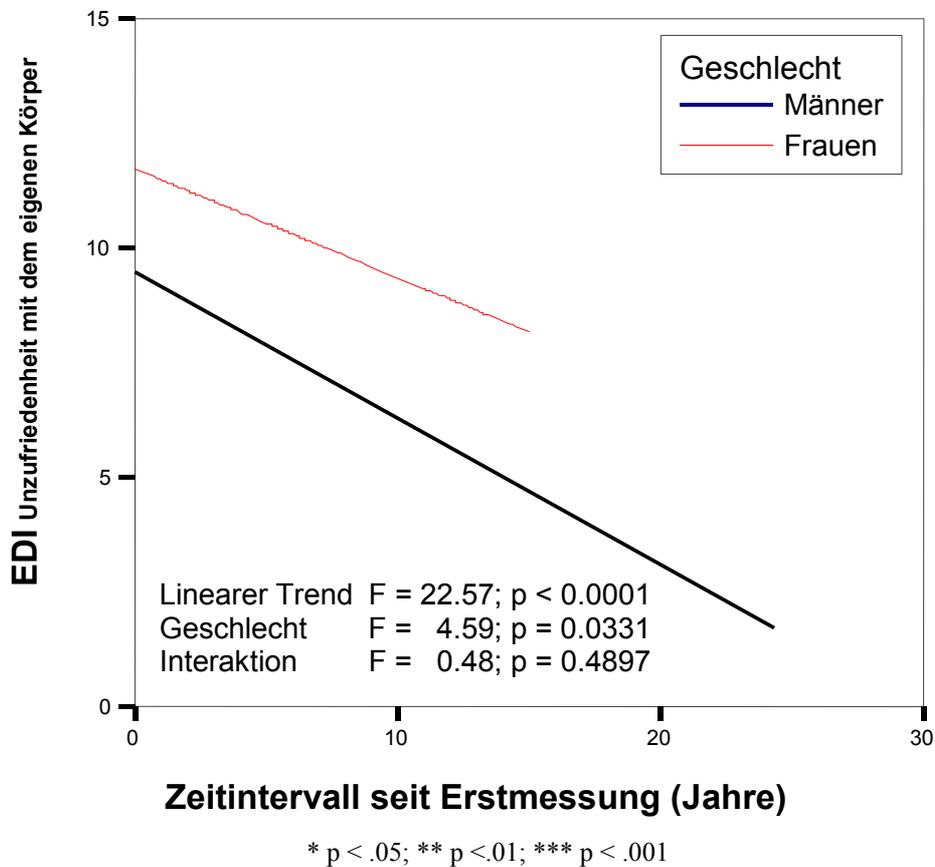


Abb. 4 Ergebnis der Trendanalyse für Männer und Frauen mit Anorexia nervosa (AN) – EDI-Skala „Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper“

Im EDI-Summenwert zeigt sich wie schon in der Experteneinschätzung mittels PSR ein für die untersuchten Männer mit Anorexia nervosa über die Zeit hinweg niedrigerer Wert als für die Frauen. Dieser Unterschied war nicht signifikant. Es ist hier aber wiederum ein hochsignifikanter Effekt der Zeit bzw. des Katamneseintervalls zu beobachten, d.h., über die Zeit hinweg ist ein signifikanter Rückgang der Symptomatik zu verzeichnen.

Auf der Skala „Schlankheitsstreben“ ist 2 Jahre nach Erstmessung ein hochsignifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen zu verzeichnen. Bei beiden Geschlechtern jedoch nehmen die Werte auf dieser Skala im Verlauf kontinuierlich ab. Der Effekt der Zeit bzw. des Katamneseintervalls ist hier ebenfalls hochsignifikant.

Auch auf der Skala „Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper“ zeigt sich ein

signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen mit Anorexia nervosa: die untersuchten Frauen haben über die Zeit hinweg höhere Werte auf dieser Skala. Der Effekt der Zeit bzw. des Katamneseintervalls ist hier ebenfalls hochsignifikant.

In den Trendanalysen zeigen sich auf den Skalen „Schlankheitsstreben“ und „Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper“ hochsignifikante abnehmende Trends über die Zeit hinweg ($p < .001$). Bei der Skala „Schlankheitsstreben“ ist der Einfluß des Geschlechts auf diesen Trend sehr signifikant ($p < .01$), bei der Skala „Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper“ ist dieser Einfluß signifikant ($p < .05$). Bei der Skala „Perfektionismus“ zeigt sich ebenfalls ein signifikanter abnehmender Trend über die Zeit hinweg sowohl bei Männern als auch bei Frauen.

5.4.4 Gewicht der Männer und Frauen mit Anorexia nervosa im Vergleich mit Daten aus der Normalbevölkerung

Der Body Mass Index (BMI), der als Maß für das relative Gewicht bei allen Männern und Frauen bei Katamnese erhoben wurde, ist definiert als:

$$\text{Körpergewicht (kg) / Quadrat der Körperlänge (m}^2\text{)}$$

Der BMI weist in der Regel hohe Korrelationen (0,6 bis 0,8) mit dem Körpergewicht auf, Korrelationen mit der Größe/Körperlänge sind eher niedrig (Hebebrand, Himmelmann, Hesecker, Schäfer & Remschmidt, 1996). Da das Körpergewicht nicht als isolierte Größe verstanden werden kann, sondern von Alter und Geschlecht abhängig ist, wurden die Daten der vorliegenden Arbeit an Daten aus der Normalbevölkerung (Hebebrand et al., 1996) standardisiert und erst dann verglichen. Die Kennzahlen zu den BMI-Perzentilen gibt Tabelle 15 wieder.

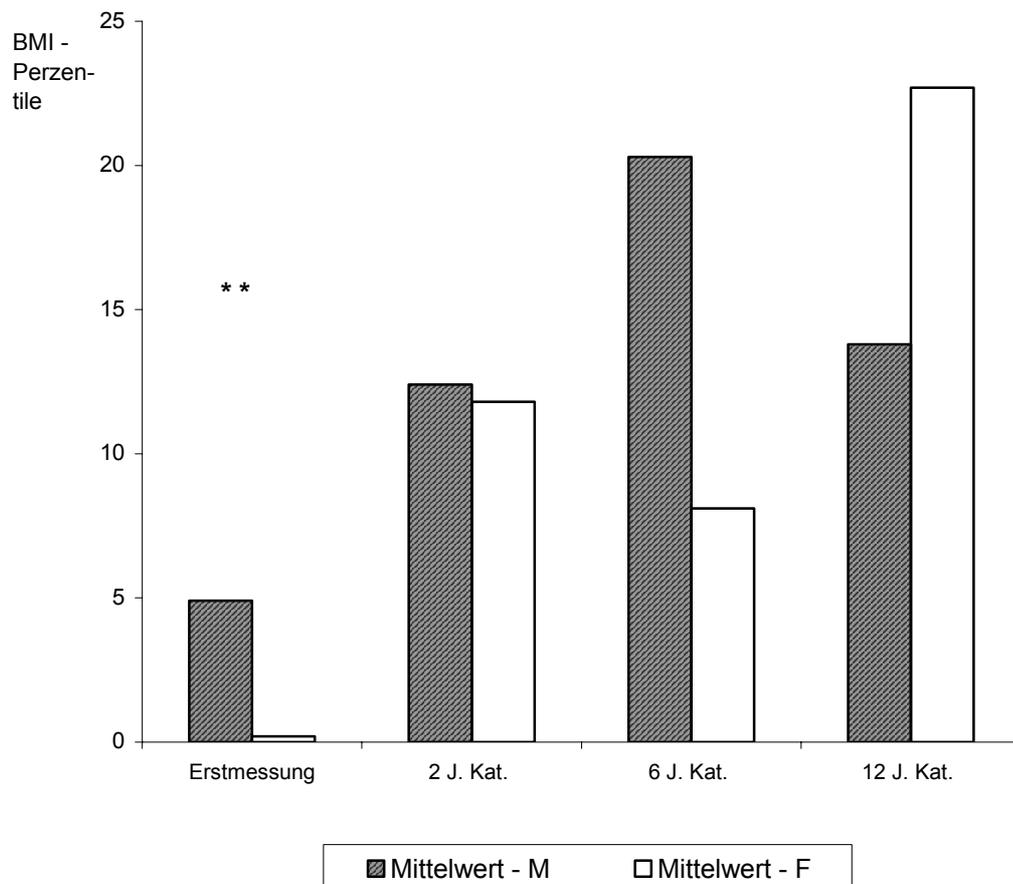


Abb. 5 BMI – Perzentile für Männer (M) und Frauen (F) mit Anorexia nervosa bei Erstmessung und 2-, 6- und 12 Jahres (J.) Katamnese (Kat.); ** $p < .01$

Tab. 15 Kennzahlen zu BMI – Perzentilen für Männer (M) und Frauen (F) mit Anorexia nervosa bei Katamnese (Kat.) nach 2, 6 und 12 Jahren (J.)

	Erstmessung		2 J. Katamnese		6 J. Katamnese		12 J. Katamnese	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Mittelwert	4,9	0,2	12,4	11,8	20,3	8,1	13,8	22,7
Standardabweichung	13,0	0,5	22,0	22,0	26,7	9,3	16,9	23,7
N	62	62	32	32	14	14	16	16

F (Geschlecht) = n.s.; F (Kat.) = n.s.; F (Geschlecht x Kat.) = n.s.

** $p < .01$; n.s. = nicht signifikant

Perzentile geben den prozentualen Anteil der Werte an, die maximal einen Wert x erreichen. Bei Erstmessung liegt das Gewicht der anorektischen Männer signifikant höher als das der Frauen ($p < .01$). Bei 6-Jahres-Katamnese ist dieser Unterschied ebenso vorhanden, jedoch nicht mehr signifikant. In der 12-Jahres-Katamnesegruppe liegt das Gewicht der anorektischen Frauen dann deutlich über dem der anorektischen Männer.

In den Trendanalysen zeigt sich hier ein signifikant zunehmender Trend bezüglich des BMI für Männer und Frauen über die Zeit hinweg ($F = 22,8$; $p < .001$).

5.4.5 Exzessiver Bewegungsdrang

Die Messung bzw. Operationalisierung eines für Anorexia nervosa typischen übermäßigen Bewegungsdranges erfolgte durch das SIAB-EX-Item „Exzessive körperliche Bewegung“. Dieses Item erfaßt die Häufigkeit und Intensität übermäßiger körperlicher Bewegung im Sinne einer unangemessenen, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahme. Wichtig für die Einschätzung ist hier nicht nur die absolute Häufigkeit und Intensität körperlicher Bewegung, sondern auch das Ausmaß des auftretenden Unbehagens bei einer Reduzierung der körperlichen Bewegung. Alle Experteneinschätzungen mit Code „2“ (ausgeprägte und/oder gelegentliche exzessive körperliche Bewegung), Code „3“ (starke und/oder häufige exzessive körperliche Bewegung) und Code „4“ (sehr starke und/oder sehr häufige exzessive körperliche Bewegung) gingen zusammengefaßt als Konstrukt „Exzessiver Bewegungsdrang“ in die folgende Tabelle ein:

Katamnesezeitpunkt	Anorexia nervosa		chi ² -Test ¹
	Männer N	Frauen N	
Erstmessung	11/38	36/62	8,0**
%	28,9	58,1	
2 Jahres Katamnese	12/32	10/31	n.s.
%	37,5	32,3	
6 Jahres Katamnese	10/14	1/13	11,3**
%	71,4	7,7	
12 Jahres Katamnese	6/16	6/16	n.s.
%	37,5	37,5	

** p < .01; n.s. = nicht signifikant; ¹ Freiheitsgrade = 1

Bei Erstmessung (chi² = 8,0; ** p < .01) und 6 Jahres Katamnese (chi² = 11,3; ** p < .01) ergeben sich signifikante Unterschiede zwischen anorektischen Männern und Frauen: während bei Erstmessung mehr Frauen als Männer exzessiven Bewegungsdrang aufweisen, tun dies bei 6-Jahres-Katamnese mehr Männer als Frauen.

5.5 Verlauf der Bulimia nervosa bei Männern und Frauen

5.5.1 Häufigkeit der Diagnosen im Verlauf

Folgende Tabelle gibt die Häufigkeit des Auftretens verschiedener Diagnosen über die Zeit hinweg bei Männern und Frauen mit einer Erstmessungsdiagnose von Bulimia nervosa wieder:

Tab. 17 Häufigkeit der Diagnosen bei Bulimia nervosa im Katamnesezeitraum für Männer (M) und Frauen (F) nach 2, 6 und 12 Jahren (J.)

Diagnose	Bulimia nervosa							
	Erstmessung		2 J. Katamnese		6. J. Katamnese		12 J. Katamnese	
	M %	F %	M %	F %	M %	F %	M %	F %
Restriktive AN	0	0	0	0	0	0	0	0
Bulimische AN	0	0	0	0	0	0	0	0
Bulimia – P	76,4	80,0	12,5	35,0	31,3	25,0	0	20,0
Bulimia – NP	23,6	20,0	0	5,0	6,3	6,3	0	6,7
BED	0	0	4,2	0	12,5	0	13,3	0
Eßstörung – NNB	0	0	25,0	5,0	31,2	0	33,3	6,7
Übergewicht	0	0	16,7	10,0	0	12,5	6,7	13,3
Keine Eßstörung	0	0	41,6	45,0	18,7	56,2	46,7	53,3

AN-R = Anorexia nervosa - restriktiver Typus; AN-B/P = Anorexia nervosa - binge eating-/purging Typus; BN-P = Bulimia nervosa - purging Typus; BN-NP = Bulimia nervosa - non purging Typus; BED = Binge Eating Disorder; Eßstörung-NNB = nicht näher bezeichnete Eßstörung; keine Eßstörung = keine der diagnostischen Kategorien (inklusive Übergewicht) liegt vor

Wie Tabelle 17 wiedergibt, leiden 2 Jahre nach Erstmessung noch 2,8 mal so viele Frauen wie Männer an einer Bulimia nervosa–purging Typus, während 6 Jahre nach Erstmessung mehr Männer als Frauen diese Diagnose aufweisen. Bemerkenswert ist, daß 12 Jahre nach Erstmessung ausschließlich Frauen die diagnostischen Kriterien für eine Bulimia nervosa–purging Typus (20,0%) oder Bulimia nervosa–non purging Typus (6,7%) erfüllen. Ausschließlich bei den Männern hingegen tritt die Diagnose Binge Eating Disorder im Verlauf auf, und zwar an Häufigkeit über die Zeit hinweg zunehmend. Auch die Diagnose Eßstörung-NNB nimmt bei den Männern über die Zeit hinweg zu und ist mit großer Häufigkeit vertreten (25,0% bis 33,3%), bei den Frauen

tritt sie 6 Jahre nach Erstmessung gar nicht auf.

Übergänge von Bulimia nervosa zur Anorexia nervosa vom restriktiven - oder binge eating-/purging Typus finden in dieser parallelisierten Stichprobe nicht statt. Fälle von reinem Übergewicht (Obesity) treten bei einem sehr stabilen Prozentsatz von Frauen (10,0% bis 13,3%) über die Zeit hinweg auf, bei Männern zeigt sich ein weniger stabiles Muster, 6 Jahre nach Erstmessung leiden 0% der Männer an reinem Übergewicht.

Eine vergleichbare Anzahl von Männern und Frauen mit der Diagnose Bulimia nervosa bei Erstmessung hat 2 und 12 Jahre nach Erstmessung keine Eßstörung mehr. 6 Jahre nach Erstmessung leiden jedoch 3 mal so viele Frauen wie Männer nicht mehr an einer Eßstörung.

5.5.2 Schweregrad der Eßstörung (Experteneinschätzung)

Abbildung 6 veranschaulicht die mittels Psychiatric Status Rating Scale (PSR) ermittelte Experteneinschätzung über die Schwere der Eßstörungssymptome bei Bulimia nervosa im Verlauf:

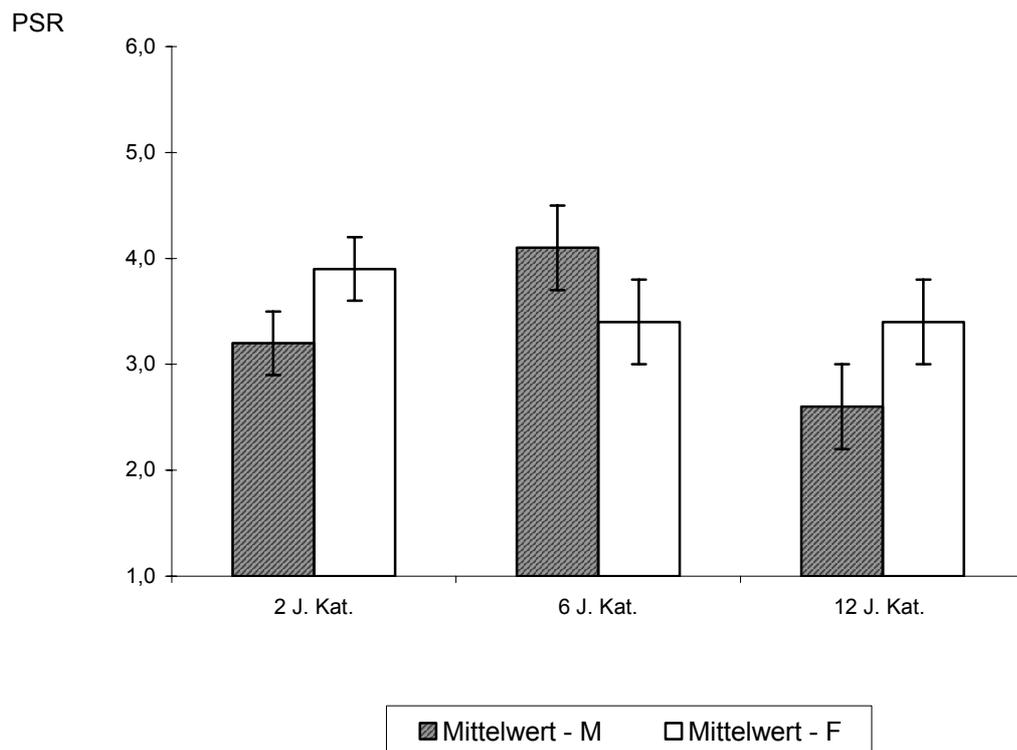


Abb. 6 Experteneinschätzung des Schweregrades der Bulimia nervosa auf der Psychiatric Status Rating Scale (PSR), Mittelwerte für Männer (M) und Frauen (F) bei Katamnese (Kat.) nach 2, 6 und 12 Jahren (J.); Balken geben den SEM (Standard Error of the Mean, Standardfehler des Mittelwerts) wieder

Tab. 18 Mittelwerte für Männer (M) und Frauen (F) zur Experteneinschätzung des Schweregrades der Bulimia nervosa auf der Psychiatric Status Rating Scale (PSR) bei Katamnese (Kat.) nach 2, 6 und 12 Jahren (J.)

	2 J. Katamnese FG=43		6 J. Katamnese FG=30		12 J. Katamnese FG=28	
	M	F	M	F	M	F
Mittelwert	3,2	3,9	4,1	3,4	2,6	3,4
Standardabweichung	1,5	1,4	1,6	1,5	1,7	1,6
N	24	24	16	16	15	15

F (Geschlecht) = n.s.; F (Kat.) = n.s.; F (Geschlecht x Kat.) = n.s.

n.s. = nicht signifikant; FG = Freiheitsgrade

Wie Abbildung 6 und die dazugehörigen Werte in Tabelle 18 zeigen, werden die Männer mit Bulimia nervosa in der Experteneinschätzung hinsichtlich eßstörungsspezifischer Symptomatik 2 und 6 Jahre nach Erstmessung niedriger eingestuft als die Frauen der Vergleichsstichprobe. 6 Jahre nach Erstmessung zeigt sich bei den Männern jedoch eine erneute Zunahme der Symptome über das 2-Jahres-Niveau der Frauen hinaus. Die Männer weisen hier mit einem Mittelwert von 4,1 in der Experteneinschätzung also immer noch bzw. wieder deutliche Symptome der Eßstörung auf. Die beobachteten Effekte sind statistisch nicht signifikant. Daten zum Erstmessungszeitpunkt liegen hier wie schon bei Anorexia nervosa nicht vor, da die PSR nur bei den Katamneseuntersuchungen zum Einsatz kam.

5.5.3 Verlauf der eßstörungsspezifischen Symptomatik (Selbsteinschätzung)

Abbildung 7 gibt die Selbsteinschätzung der Schwere der Eßstörungssymptome bei Bulimia nervosa im Verlauf anhand des EDI-Summenwertes wieder. In Tabelle 19 finden sich die EDI-Skalenwerte und Ergebnisse der Trendanalysen.

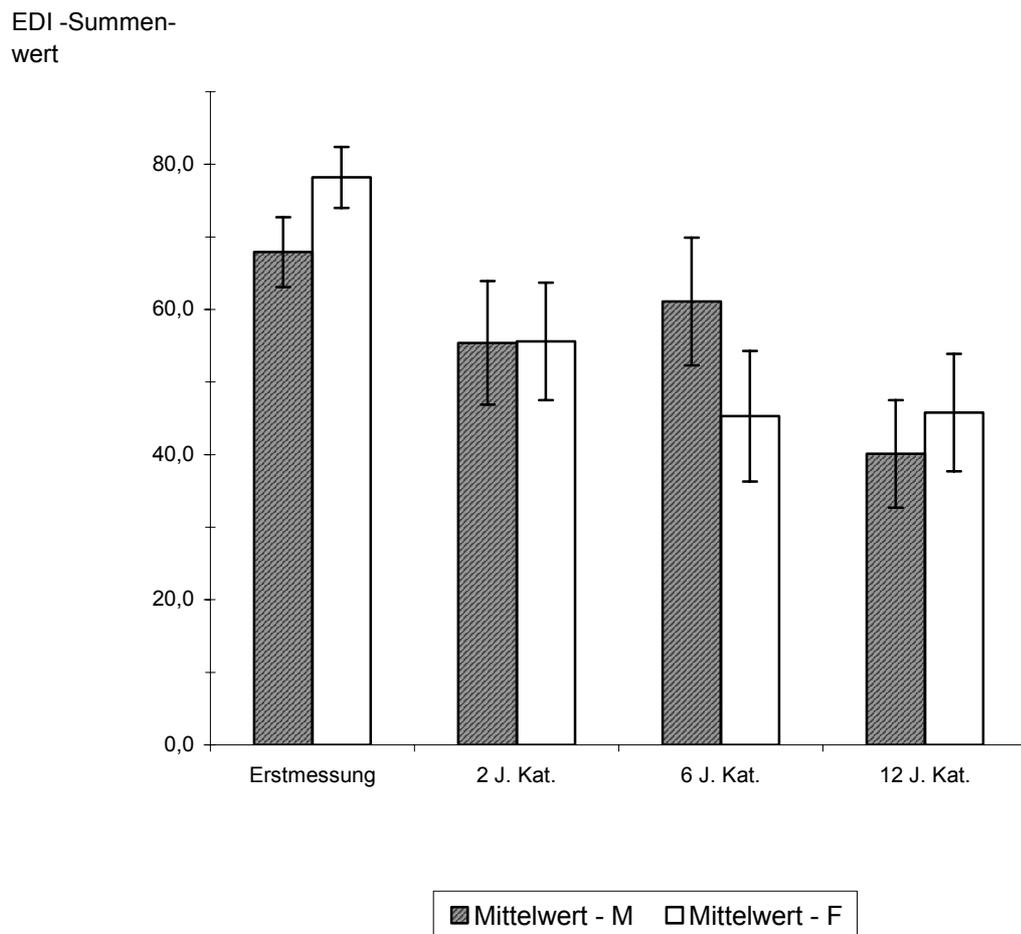


Abb. 7 Eßstörungsspezifischer Verlauf der Bulimia nervosa bei Männern (M) und Frauen (F) im Eating Disorder Inventory (EDI), Mittelwerte bei Erstmessung und 2-, 6- und 12 Jahres (J.) Katamnese (Kat.); Balken geben den SEM (Standard Error of the Mean; Standardfehler des Mittelwerts) wieder

Tab. 19 Skalenwerte des Eating Disorder Inventory (EDI) für Männer und Frauen mit Bulimia nervosa

Skala/Kennwert	Erstmessung		2 J. Katamnese		6 J. Katamnese		12 J. Katamnese		ANOVA ¹ und Paarvergleiche			Trendanalysen (LGM)	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	F (Geschl.)	F (Kat.)	F (Geschl. x Kat.)		
Summenwert	M	67,9	78,2	55,4	55,6	61,1	45,3	40,1	45,8	n.s.	n.s.	n.s.	Abnehm. Trend F = 66,9 *** m < f F = n.s. Interaktion F = 4,1*
	SA	28,5	30,8	40,0	38,8	29,3	33,5	26,6	30,4	n.s.	FG=2	FG=2	
	SEM	4,8	4,2	8,5	8,1	8,8	9,0	7,4	8,1				
	N	36	54	22	23	11	14	13	14				
Schlankheits- streben	M	9,6	10,2	7,3	7,3	6,4	6,6	4,2	3,6	n.s.	n.s.	n.s.	Abnehm. Trend F = 84,4 *** m < f F = n.s. Interaktion F = n.s.
	SA	5,8	5,6	7,0	6,6	6,4	6,6	3,6	4,6				
	SEM	1,0	0,8	1,5	1,4	1,9	1,8	1,0	1,2				
	N	36	55	22	23	12	14	13	14				
Bulimie	M	7,2 ²	11,6	3,3	6,2	6,6	4,4	1,9	3,1	n.s.	n.s.	n.s.	Abnehm. Trend F = 68,5 *** m < f F = 13,9 *** Interaktion F = 6,5*
	SA	4,4	5,2	4,6	6,0	6,3	5,6	3,3	4,2				
	SEM	0,7	0,7	1,0	1,3	1,9	1,5	0,9	1,1				
	N	36	54	22	23	11	14	13	14				
Unzufrieden- heit mit dem eigenen Körper	M	15,4	15,2	15,4	13,7	14,6	9,1	11,8	10,6	n.s.	n.s.	n.s.	Abnehm. Trend F = 28,2 *** m > f F = n.s. Interaktion F = n.s.
	SA	7,5	8,7	9,3	9,8	7,4	9,2	7,7	7,9				
	SEM	1,3	1,2	2,0	2,0	2,2	2,5	2,2	2,1				
	N	36	54	21	23	11	14	12	14				

Fortsetzung Tabelle 19 siehe nächste Seite

Bulimia nervosa

Skala/Kennwert	Erstmessung		2 J. Katamnese		6 J. Katamnese		12 J. Katamnese		ANOVA ¹ und Paarvergleiche			Trendanalysen (LGM)
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	F (Geschl.)	F (Kat.)	F (Geschl. x Kat.) FG=2	
Ineffektivität	M	9,0	11,3	7,8	8,3	9,5	6,5	6,1	7,9	n.s.	n.s.	Abnehm. Trend F = 24,8 *** m < f F = n.s. Interaktion F = n.s.
	SA	7,5	7,2	7,9	8,2	6,7	6,5	6,9	7,5	FG=1	FG=2	
	SEM	1,3	1,0	1,7	1,7	2,1	1,7	1,9	2,0			
	N	36	54	22	23	10	14	13	14			
Perfektionismus	M	5,6	6,8	5,3	5,8	5,2	6,4	3,4	5,1	n.s.	n.s.	Abnehm. Trend F = 12,0 *** m < f F = n.s. Interaktion F = n.s.
	SA	3,6	4,4	4,9	4,7	3,7	4,2	2,9	4,1			
	SEM	0,6	0,6	1,0	1,0	1,1	1,1	0,8	1,1			
	N	36	54	22	23	11	14	13	13			
Mißtrauen	M	6,1	7,1	5,8	4,2	4,7	3,9	4,6	6,4	n.s.	n.s.	Abnehm. Trend F = 15,2 *** m < f F = n.s. Interaktion F = n.s.
	SA	3,9	4,6	3,9	4,4	3,6	4,4	4,8	5,1			
	SEM	0,7	0,6	0,8	0,9	1,1	1,2	1,3	1,4			
	N	36	54	22	23	10	13	13	14			
Interozeptive Wahrnehmung	M	8,8	10,7	5,3	5,8	6,5	4,7	3,1	5,6	n.s.	n.s.	Abnehm. Trend F = 54,2 *** m < f F = 5,0 * Interaktion F = n.s.
	SA	5,7	5,4	5,3	6,1	3,8	4,0	4,8	7,6			
	SEM	0,9	0,7	1,1	1,3	1,2	1,1	1,3	2,0			
	N	36	54	22	23	11	13	13	14			

Fortsetzung Tabelle 19 siehe nächste Seite

Bulimia nervosa

Skala/Kennwert	Erstmessung		2 J. Katamnese		6 J. Katamnese		12 J. Katamnese		ANOVA ¹ und Paarvergleiche			Trendanalysen (LGM)	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	F (Geschl.)	F (Kat.)	F (Geschl. x Kat.) FG=2		
Angst vor dem	M	6,2	5,3	5,6	4,1	7,2 ²	3,2	6,1	4,2	6,2*	n.s.	n.s.	Abnehm. Trend F = 7,8** m > f F = n.s. Interaktion F = n.s.
Erwachsen-	SA	4,9	4,6	5,7	4,8	4,1	2,2	5,2	3,2				
werden	SEM	0,8	0,6	1,2	1,0	1,2	0,6	1,4	0,9				
	N	36	54	21	23	11	13	13	13				

* p < .05; ** p < .01; *** p < .001; n.s. = nicht signifikant

¹ ANOVA wurde nur für die drei Katamnesezeitpunkte berechnet

LGM = Lineare Gemischte Modelle

FG = Freiheitsgrade

M = Mittelwert

SA = Standardabweichung

SEM = Standard Error of the Mean

Geschl. = Geschlecht

Kat. = Katamnesezeitpunkt

m = Männer, f = Frauen

m < f = Mittelwerte Männer < Mittelwerte Frauen

m > f = Mittelwerte Männer > Mittelwerte Frauen

² = t-Test Männer versus Frauen: p < .05

Folgende Abbildungen (Abb. 8 und Abb. 9) geben wichtige Ergebnisse bei Bulimia nervosa (BN) hinsichtlich geschlechtsspezifischer Effekte in den Trendanalysen des EDI (EDI-Summenwert und Skala „Bulimie“) wieder:

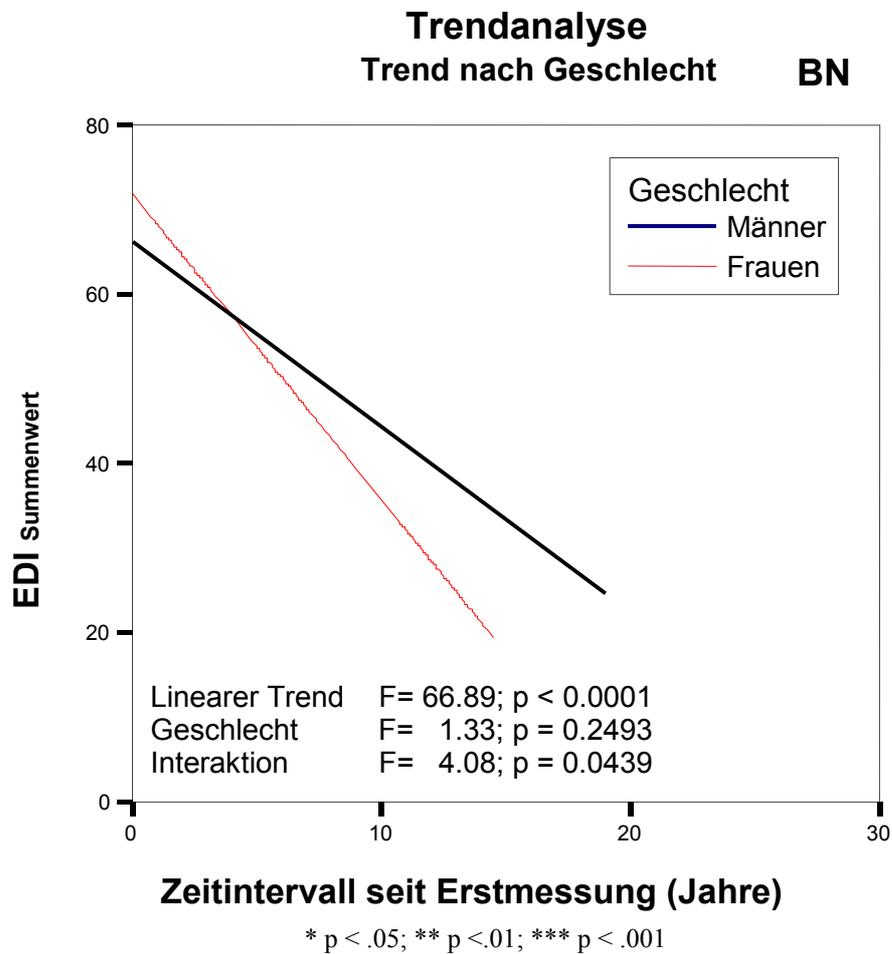


Abb. 8 Ergebnis der Trendanalyse für Männer und Frauen mit Bulimia nervosa (BN) – EDI-Summenwert

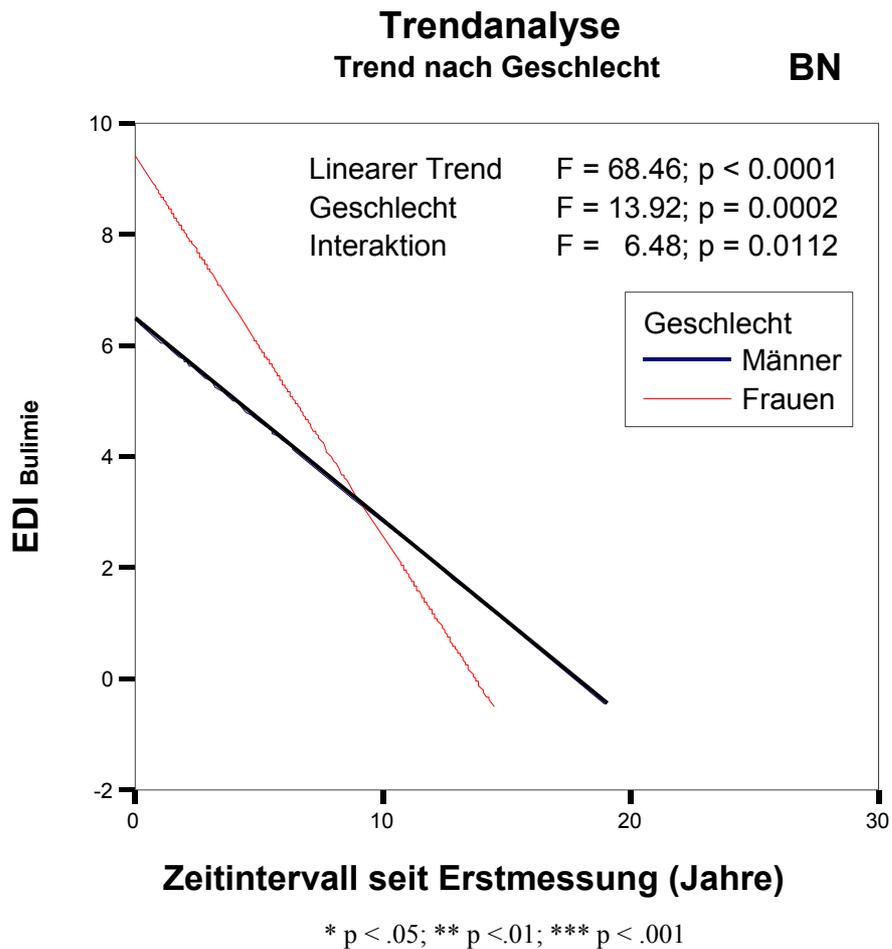


Abb. 9 Ergebnis der Trendanalyse für Männer und Frauen mit Bulimia nervosa (BN) – EDI-Skala „Bulimie“

Im EDI-Summenwert zeigt sich ein anderes Ergebnis als in der Experteneinschätzung mittels PSR: lediglich bei Erstmessung und 12-Jahres-Katamnese liegen die Werte der Männer niedriger als die der Frauen. Die Unterschiede sind jedoch nicht statistisch signifikant.

Auf der Skala „Schlankheitsstreben“ weisen Männer und Frauen mit Bulimia nervosa sehr ähnliche Werte über die Zeit hinweg auf. Hier unterscheiden sich die Mittelwerte der Männer nur wenig von denen der Frauen, die Unterschiede sind auch hier nicht signifikant.

Auf der Skala „Bulimische Verhaltensweisen“ haben die untersuchten Frauen bei Erstmessung signifikant höhere Werte als die Männer der Vergleichsgruppe. Bei beiden Geschlechtern sinken die Mittelwerte über die Zeit hinweg, jedoch kommt es bei den

Männern 6 Jahre nach Erstmessung zu einer erneuten deutlichen Zunahme der Symptomatik im Vergleich zu den Frauen.

Die Mittelwerte der Männer auf der Skala „Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper“ liegen durchweg über den Werten der Frauen und nehmen über die Zeit hinweg nur geringfügig ab. Der größte Unterschied der Werte liegt hier wiederum 6 Jahre nach Erstmessung. Keines dieser Ergebnisse erreicht statistische Signifikanz.

In den Trendanalysen zeigen sich Interaktionen im EDI Summenwert und auf der EDI-Skala „Bulimie“. Hier besteht also ein signifikanter Unterschied im Verlauf der Bulimia nervosa ($p < .05$), der auf das Geschlecht zurückzuführen ist. Der abnehmende Trend auf beiden Skalen ist hochsignifikant ($p < .001$). Der Effekt hinsichtlich der geschätzten mittleren Verläufe der bulimischen Symptomatik, gemessen mit dem EDI-Summenwert, ist besonders aussagekräftig, da die Ausgangswerte von Männern (Summenwert 67,9) und Frauen (Summenwert 78,2) sehr nahe beieinander liegen. Die Regressionsgeraden schneiden die y-Achse sehr nah beieinander („Intercept“), umso aussagekräftiger ist daher die unterschiedliche Entwicklung über die Zeit hinweg. Frauen weisen also hier im Verlauf eine günstigere Entwicklung auf als Männer.

5.5.4 Gewicht der Männer und Frauen mit Bulimia nervosa im Vergleich mit Daten aus der Normalbevölkerung

Der Body Mass Index (BMI) als Maß für das relative Gewicht wurde wie bei Anorexia nervosa (siehe Punkt 5.4.4) bei allen Männern und Frauen katamnestisch erhoben und nach einer Standardisierung an Daten aus der Normalbevölkerung (Hebebrand et al., 1996) verglichen. Die Kennzahlen zu den BMI-Perzentilen gibt Tabelle 20 wieder.

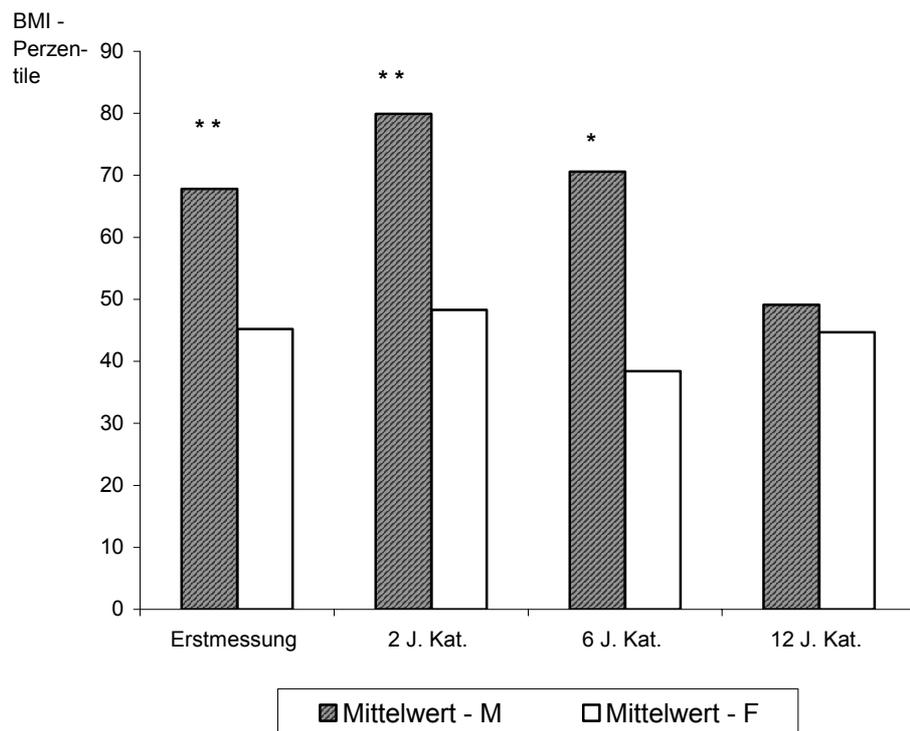


Abb. 10 BMI – Perzentile bei Männern (M) und Frauen (F) mit Bulimia nervosa bei Erstmessung und 2-, 6- und 12 Jahres (J.) Katamnese (Kat.); * $p < .05$; ** $p < .01$

Tab. 20 Kennzahlen zu BMI – Perzentilen für Männer (M) und Frauen (F) mit Bulimia nervosa bei Katamnese (Kat.) nach 2, 6 und 12 Jahren (J.)

	Erstmessung		2 J. Katamnese		6 J. Katamnese		12 J. Katamnese	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Mittelwert	67,8	45,2	79,9	48,3	70,6	38,4	49,1	44,7
Standardabweichung	32,7	38,7	25,3	33,8	37,1	31,7	37,0	39,1
N	53	55	24	24	16	16	15	15

F (Geschlecht) = 12,1**; F (Kat.) = n.s.; F (Geschlecht x Kat.) = n.s.

** $p < .01$; n.s. = nicht signifikant

Bei Erstmessung und 2-Jahres-Katamnese ($p < .01$) sowie bei 6-Jahres-Katamnese ($p < .05$) liegt das Gewicht der bulimischen Männer jeweils signifikant höher als das der Frauen. Bei 12-Jahres-Katamnese ist der Unterschied weitgehend aufgehoben.

In den Trendanalysen zeigt sich ein signifikant abnehmender Trend für Männer und Frauen über die Zeit hinweg ($F = 7,44$; $p < .01$) mit einem hochsignifikanten Effekt des Geschlechts ($F = 29,70$; $p < .0001$).

5.5.5 Exzessiver Bewegungsdrang

Die Messung bzw. Operationalisierung von übermäßigem Bewegungsdrang erfolgte hier, wie bei Anorexia nervosa, durch das SIAB-EX-Item „Exzessive körperliche Bewegung“. Dieses Item erfasst die Häufigkeit und Intensität übermäßiger körperlicher Bewegung im Sinne einer unangemessenen, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahme. „Exzessiver Bewegungsdrang“ war per definitionem dann vorhanden, wenn als Experteneinschätzung Code „2“ (ausgeprägte und/oder gelegentliche exzessive körperliche Bewegung), Code „3“ (starke und/oder häufige exzessive körperliche Bewegung) oder Code „4“ (sehr starke und/oder sehr häufige exzessive körperliche Bewegung) vorlag. Folgende Tabelle gibt die entsprechenden Ergebnisse wieder:

Tab. 21 Exzessiver Bewegungsdrang bei Bulimia nervosa			
Katamnesezeitpunkt	Bulimia nervosa		
	Männer N	Frauen N	chi ² -Test ¹
Erstmessung	13/34	28/55	n.s.
%	38,2	50,9	
2 Jahres Katamnese	9/24	1/24	8,1**
%	37,5	4,2	
6 Jahres Katamnese	7/15	2/16	4,4*
%	46,7	12,5	
12 Jahres Katamnese	7/14	5/15	n.s.
%	50,0	33,3	

* p < .05; ** p < .01; n.s. = nicht signifikant; ¹ Freiheitsgrade = 1

Signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen mit Bulimia nervosa werden hier v.a. bei der 2-Jahres-Katamnese deutlich. Hier weisen die untersuchten Männer ein gegenüber den Frauen deutlich gesteigertes Bewegungsbedürfnis auf (chi² = 8,1; p < .01). Auch bei 6-Jahres-Katamnese ist dieser Effekt zu beobachten, jedoch in abgeschwächter Form hinsichtlich der statistischen Signifikanz (chi² = 4,4; p < .05).

5.6 Komorbidität psychiatrischer Psychopathologie

5.6.1 Komorbidität bei Männern und Frauen mit Anorexia nervosa

5.6.1.1 Lebenszeit-Prävalenzen (Experteneinschätzung)

Die Lebenszeit-Prävalenzen für DSM-IV Achse-I Störungen und Borderline Persönlichkeitsstörung bei Männern und Frauen mit Anorexia nervosa gibt die folgende Tabelle wieder:

Tab. 22 Lebenszeit-Prävalenzen von DSM-IV Störungen bei Männern und Frauen mit Anorexia nervosa (59 Männer und 59 Frauen)

Anorexia nervosa			
Art der komorbiden Störung	Männer %	Frauen %	chi ² -Test ¹
Psychotische Störungen	1,7	1,7	n.s.
Affektive Störungen	69,5	67,8	n.s.
Major Depression	47,5	61,0	n.s.
Bipolar I Störung	0	0	-
Zyklothymie	0	0	-
Dysthymie	23,7	6,8	6,6*
Substanzinduzierte Störungen	32,2	27,1	n.s.
Alkoholabusus	8,5	8,5	n.s.
Alkoholabhängigkeit	16,9	6,8	n.s.
Drogenabusus	1,7	1,7	n.s.
Drogenabhängigkeit	15,3	13,6	n.s.
Angststörungen	44,1	50,8	n.s.
Panikstörungen mit Agoraphobie	13,6	23,7	n.s.
Agoraphobie (ohne Panikstörung)	6,8	8,5	n.s.
Soziale Phobie	11,9	22,0	n.s.
Spezifische Phobie	8,5	11,9	n.s.
Zwangsstörung	22,0	15,3	n.s.
Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD)	0	1,7	n.s.
Generalisierte Angststörung	8,5	10,2	n.s.
Irgendeine DSM-IV Achse-I Störung	78,0	81,4	n.s.
Borderline Persönlichkeitsstörung	1,7	10,2	n.s.²

¹ Freiheitsgrade = 1; ² p = .051; * p < .05; n.s. = nicht signifikant

Ein signifikanter Unterschied in den Prävalenzen ergibt sich hier lediglich bei der Dysthymie. Die untersuchten Männer mit Anorexia nervosa weisen diese Form der affektiven Störung deutlich häufiger auf als die Frauen der Vergleichsgruppe (chi² =

6,6; $p < .05$). Ein hoher Prozentsatz, nämlich insgesamt 78,0% der Männer und 81,4% der Frauen mit Anorexia nervosa, weisen zu irgendeinem Zeitpunkt ihres Lebens eine DSM-IV Achse-I-Störung auf.

Deutlich mehr anorektische Frauen als Männer erhalten die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Dieses Ergebnis verfehlt nur knapp die statistische Signifikanz.

5.6.1.2 Verlauf der allgemeinen Psychopathologie (Selbsteinschätzung)

Den „General Symptomatic Index“ (GSI) als arithmetisches Mittel aller Antworten, das die grundsätzliche psychische Belastung mißt, sowie die einzelnen Skalenwerte der SCL-90-R gibt Tabelle 23 wieder.

Der GSI liegt bei den untersuchten Männern mit Anorexia nervosa durchweg niedriger als bei den Frauen der Vergleichsgruppe. Dieser Effekt erreicht statistische Signifikanz. Bei den Männern nehmen die GSI-Werte über die Zeit hinweg kontinuierlich ab, bei den Frauen stagnieren die Werte bis zur 6-Jahres-Katamnese, wo es zu einer erneuten Zunahme der allgemeinen psychischen Belastung in der Selbsteinschätzung kommt.

Auf den Skalen „Phobische Angst“ und „Ängstlichkeit“ weisen die Männer im Verlauf fast durchweg niedrigere Werte auf als die anorektischen Frauen, bei der phobischen Angst ist dieser Effekt 6 Jahre nach Erstmessung signifikant. Bei den Frauen steigen die Werte auf den beiden Skalen von Erstmessung bis 6-Jahres-Katamnese kontinuierlich leicht an, während bei den Männern der Vergleichsgruppe von Erstmessung zu 2-Jahres-Katamnese eine Stagnation zu beobachten ist, gefolgt von einer Abnahme der Werte bei 6-Jahres-Katamnese. 12 Jahre nach Erstmessung liegen die Werte der untersuchten Frauen dann deutlich niedriger als noch 6 Jahre nach Erstmessung. Auf der Skala „Depressivität“ haben die anorektischen Männer durchweg niedrigere Werte als die Frauen, dieser Effekt erreichte statistische Signifikanz. Die Werte der Männer nehmen im Verlauf kontinuierlich ab, bei den Frauen hingegen kommt es 6 Jahre nach Erstmessung zu einer erneuten Zunahme der Depressivität über das 2-Jahres-Niveau hinaus. Auf der Zwanghaftigkeitsskala der SCL-90-R haben Männer und Frauen zum Erstmessungszeitpunkt identische Mittelwerte. Bei den Männern nimmt die Symptomatik über die Zeit hinweg kontinuierlich ab, während sich bei den Frauen bis zur 6-Jahres-Katamnese eine Stagnation abzeichnet. Der Effekt des Geschlechts ist hier ebenfalls signifikant. Auf der inhaltlich hierzu verwandten EDI-Skala „Perfektio-

nismus“ zeigt sich in den Trendanalysen zwar ein generell abnehmender Trend bei Männern und Frauen, ein signifikanter Effekt des Geschlechts ist jedoch nicht vorhanden. Ein ähnliches Muster wie bei der Zwanghaftigkeit zeichnet sich auf der Skala „Somatisierung“ ab. Der Effekt des Geschlechts ist signifikant, der des Katamneseintervalls sogar hochsignifikant.

Tab. 23 Skalen und Kennwerte der Symptom Check List-90-R (SCL-90-R) für Männer und Frauen mit Anorexia nervosa

Skala/Kennwert	Erstmessung		2 J. Katamnese		6 J. Katamnese		12 J. Katamnese		ANOVA ¹ und Paarvergleiche			Trendanalysen (LGM)	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	F (Geschl.)	F (Kat.)	F (Geschl. x Kat.)		
General Symptomatic Index (GSI)	M	1,2	1,4	1,0	1,3	0,8	1,4	0,6	0,8	6,6*	3,9*	n.s.	Abnehm. Trend F = 51,5 *** m < f F = n.s. Interaktion F = n.s.
	SA	0,7	0,7	0,8	0,8	0,5	1,0	0,5	0,7				
	SEM	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,3	0,1	0,2				
	N	41	58	31	30	14	12	15	16				
Positive Symptom Total (PST)	M	52,7	57,6	45,6	54,4	41,0	57,6	34,8	38,3	4,4*	3,7*	n.s.	Abnehm. Trend F = 55,9 *** m < f F = n.s. Interaktion F = n.s.
	SA	18,1	17,2	27,5	20,5	20,8	20,5	24,1	23,2				
	SEM	2,8	2,3	4,9	3,7	5,6	5,9	6,2	5,8				
	N	41	58	31	30	14	12	15	16				
Positive Symptom Distress Index (PSDI)	M	1,9	2,1	1,7	1,9	1,6	2,0	1,3	1,6	6,1*	3,9*	n.s.	Abnehm. Trend F = 43,7 *** m < f F = n.s. Interaktion F = n.s.
	SA	0,6	0,6	0,6	0,7	0,4	0,8	0,4	0,6				
	SEM	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1				
	N	41	58	30	30	13	12	15	16				
Somatisierung	M	1,1	1,2	0,9	1,2	0,6	1,1	0,3	0,6	5,0*	6,9**	n.s.	Abnehm. Trend F = 37,0 *** m < f F = n.s. Interaktion F = n.s.
	SA	0,7	0,8	0,7	0,9	0,5	1,0	0,4	0,8				
	SEM	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,3	0,1	0,2				
	N	41	59	31	30	14	12	15	16				

Fortsetzung Tabelle 23 siehe nächste Seite

Anorexia nervosa

Skala/Kennwert	Erstmessung		2 J. Katamnese		6 J. Katamnese		12 J. Katamnese		ANOVA ¹ und Paarvergleiche			Trendanalysen (LGM)	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	F (Geschl.)	F (Kat.)	F (Geschl. x Kat.)		
Zwanghaftig- keit	M	1,5	1,5	1,1	1,5	0,9	1,4	0,7	0,9	4,5*	n.s.	n.s.	Abnehm. Trend F = 41,9 *** m < f F = n.s. Interaktion F = n.s.
	SA	0,9	0,9	1	1	0,6	1,1	0,6	1				
	SEM	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2				
	N	41	59	31	30	13	12	15	16				
Unsicherheit im	M	1,6 ²	2,0	1,3	1,7	1,3	2,0	0,8	1,1	5,4*	4,4*	n.s.	Abnehm. Trend F = 50,4 *** m < f F = 6,0 * Interaktion F = n.s.
	SA	0,9	0,9	1,1	1,0	1,1	1,1	0,7	0,9				
	SEM	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2				
	N	41	58	31	30	13	12	15	16				
Sozialkontakt	M	1,7	1,8	1,2	1,5	1	1,7	0,7	1,3	6,8*	n.s.	n.s.	Abnehm. Trend F = 53,8 *** m < f F = n.s. Interaktion F = n.s.
	SA	0,9	0,9	1	1,1	0,8	1,1	0,7	1				
	SEM	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,3				
	N	41	59	31	30	14	12	15	16				
Ängstlichkeit	M	1,0	1,2	1,0	1,3	0,7	1,4	0,5	0,7	n.s.	3,9*	n.s.	Abnehm. Trend F = 23,8 *** m < f F = n.s. Interaktion F = n.s.
	SA	0,8	0,9	0,9	1,0	0,6	1,3	0,6	0,8				
	SEM	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,4	0,1	0,2				
	N	41	58	31	30	14	12	15	16				

Fortsetzung Tabelle 23 siehe nächste Seite

Anorexia nervosa

Skala/Kennwert	Erstmessung		2 J. Katamnese		6 J. Katamnese		12 J. Katamnese		ANOVA ¹ und Paarvergleiche			Trendanalysen (LGM)
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	F (Geschl.)	F (Kat.)	F (Geschl. x Kat.)	
Aggressivität	M	0,7 ²	1,1	0,8	1,0	0,5 ²	1,2	0,6	0,6	n.s.	n.s.	Abnehm. Trend F = 14,7 *** m < f F = 4,6 * Interaktion F = n.s.
	SA	0,6	0,8	1,0	0,4	0,8	0,9	0,6				
	SEM	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1				
	N	41	58	31	31	30	14	12	15	16	16	
Phobische Angst	M	0,6	0,7	0,6	0,8	0,3 ²	1,1	0,4	0,4	8,6**	n.s.	Abnehm. Trend F = 11,6 *** m < f F = n.s. Interaktion F = n.s.
	SA	0,6	0,7	0,6	0,4	0,8	0,5	0,6				
	SEM	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2				
	N	41	57	31	31	30	14	12	15	16	16	
Paranoides Denken	M	1,0 ²	1,3	1,0	1,3	0,9	1,5	0,6	0,7	n.s.	3,6*	Abnehm. Trend F = 27,6 *** m < f F = n.s. Interaktion F = n.s.
	SA	0,7	0,9	0,9	0,7	1,2	0,6	0,7				
	SEM	0,1	0,1	0,2	0,2	0,4	0,2	0,2				
	N	41	58	31	31	30	14	12	15	16	16	
Psychotizismus	M	1,0	1,1	0,7	0,9	0,6	1,2	0,4	0,5	n.s.	n.s.	Abnehm. Trend F = 34,3 *** m < f F = n.s. Interaktion F = n.s.
	SA	0,7	0,8	0,7	0,9	0,5	1,1	0,4	0,6			
	SEM	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,3	0,1	0,2			
	N	41	58	31	31	30	14	12	15	16	16	

* p < .05; ** p < .01; *** p < .001; n.s. = nicht signifikant

¹ ANOVA wurde nur für die drei Katamnesezeitpunkte berechnet

LGM = Lineare Gemischte Modelle

FG = Freiheitsgrade

M = Mittelwert

SA = Standardabweichung

SEM = Standard Error of the Mean

Geschl. = Geschlecht

Kat. = Katamnesezeitpunkt

m = Männer, f = Frauen

m < f = Mittelwerte Männer < Mittelwerte Frauen

² = t-Test Männer versus Frauen: $p < .05$

Geschlechtsspezifische Mittelwerte und Standardabweichungen der SCL-90-R-Skalen und der globalen Kennwerte für eine repräsentative Eichstichprobe von Männern und Frauen gibt folgende Tabelle wieder (Franke, 2002). Es werden verschiedene Altersgruppen berücksichtigt.

Tab. 24 Normwerte der SCL-90-R für Männer und Frauen – altersspezifisch nach Jahren (J.) (Franke, 2002)

Skala/Kennwert		Männer			Frauen		
		16-29 J.	30-39 J.	40-49J.	16-29 J.	30-39 J.	40-49J.
GSI	M	0,32	0,30	0,29	0,49	0,41	0,41
	SA	0,37	0,33	0,29	0,46	0,45	0,41
PST	M	20,55	19,06	19,09	27,91	25,22	24,42
	SA	18,63	15,58	16,51	20,26	20,17	18,74
PSDI	M	1,15	1,22	1,24	1,39	1,28	1,37
	SA	0,46	0,50	0,55	0,50	0,43	0,51
Somatisierung	M	0,29	0,32	0,37	0,46	0,46	0,49
	SA	0,34	0,36	0,42	0,46	0,49	0,49
Zwanghaftigkeit	M	0,43	0,37	0,34	0,56	0,46	0,43
	SA	0,45	0,46	0,39	0,54	0,53	0,47
Unsicherheit im Sozialkontakt	M	0,41	0,37	0,35	0,62	0,47	0,43
	SA	0,48	0,48	0,40	0,62	0,54	0,47
Depressivität	M	0,34	0,34	0,33	0,60	0,45	0,50
	SA	0,45	0,41	0,39	0,65	0,54	0,53
Ängstlichkeit	M	0,27	0,24	0,23	0,42	0,39	0,38
	SA	0,40	0,34	0,31	0,49	0,53	0,49
Aggressivität	M	0,35	0,34	0,25	0,55	0,43	0,38
	SA	0,46	0,46	0,33	0,65	0,58	0,43
Phobische Angst	M	0,15	0,13	0,12	0,25	0,27	0,24
	SA	0,32	0,26	0,24	0,38	0,48	0,43
Paranoides Denken	M	0,46	0,45	0,41	0,60	0,48	0,48
	SA	0,56	0,54	0,48	0,64	0,57	0,54
Psychotizismus	M	0,23	0,17	0,18	0,32	0,24	0,26
	SA	0,41	0,31	0,30	0,43	0,41	0,45

GSI = „General Symptomatic Index“; PST = „Positive Symptom Total“; PSDI = „Positive Symptom Distress Index“

Ein Vergleich der SCL-Werte zeigt, daß die untersuchte klinische Stichprobe auf sämtlichen Skalen bzw. Kennwerten höhere Werte aufweist.

5.6.2 Komorbidität bei Männern und Frauen mit Bulimia nervosa

5.6.2.1 Lebenszeit-Prävalenzen (Experteneinschätzung)

Die Lebenszeit-Prävalenzen für DSM-IV Achse-I Störungen und Borderline Persönlichkeitsstörung bei Männern und Frauen mit Bulimia nervosa gibt folgende Tabelle wieder:

Tab. 25 Lebenszeit-Prävalenzen von DSM-IV Störungen bei Männern und Frauen mit Bulimia nervosa (53 Männer und 55 Frauen)

Bulimia nervosa			
Art der komorbiden Störung	Männer %	Frauen %	chi ² -Test ¹
Psychotische Störungen	0	0	n.s.
Affektive Störungen	67,9	61,8	n.s.
Major Depression	54,7	58,2	n.s.
Bipolar I Störung	1,9	0	n.s.
Zyklothymie	0	0	-
Dysthymie	13,2	7,3	n.s.
Substanzinduzierte Störungen	58,5	34,5	6,2*
Alkoholabusus	15,1	1,8	6,2*
Alkoholabhängigkeit	34,0	25,5	n.s.
Drogenabusus	7,5	3,6	n.s.
Drogenabhängigkeit	18,9	14,5	n.s.
Angststörungen	41,5	40,0	n.s.
Panikstörungen mit Agoraphobie	24,5	12,7	n.s.
Agoraphobie (ohne Panikstörung)	11,3	10,9	n.s.
Soziale Phobie	5,7	9,1	n.s.
Spezifische Phobie	7,5	16,4	n.s.
Zwangsstörung	18,9	14,5	n.s.
Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD)	0	1,8	n.s.
Generalisierte Angststörung	15,1	14,5	n.s.
Irgendeine DSM-IV Achse-I Störung	83,0	72,7	n.s.
Borderline Persönlichkeitsstörung	13,2	5,5	n.s.

¹ Freiheitsgrade = 1; * p < .05; n.s. = nicht signifikant

Wesentlich mehr Männer als Frauen mit Bulimia nervosa weisen substanzinduzierte Störungen, insbesondere Alkoholabusus, auf (chi² = 6,2; p < .05). Nichtsdestotrotz gibt es eine hohe Anzahl von Frauen mit Bulimia nervosa, die unter einer Alkoholabhängigkeit leiden. Wie bei Anorexia nervosa leiden auch bei Bulimia nervosa mehr Männer als Frauen an einer Dysthymie, der Unterschied erreicht aber hier keine statistische Signifikanz. Mehr Männer (83,0%) als Frauen (72,7%) mit Bulimia nervosa

leiden zu irgendeinem Zeitpunkt ihres Lebens an einer DSM-IV Achse-I-Störung und es erhalten mehr bulimische Männer als Frauen die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Die lifetime-Prävalenzen an Achse-I-Störungen sind insgesamt, wie bei Anorexia nervosa, bei beiden Geschlechtern sehr hoch.

5.6.2.2 Verlauf der allgemeinen Psychopathologie (Selbsteinschätzung)

Den „General Symptomatic Index“ (GSI) sowie die Einzelskalen der SCL-90-R für Bulimia nervosa gibt Tabelle 26 wieder.

Der GSI, der die allgemeine psychische Belastung mißt, liegt bei den untersuchten Männern mit Bulimia nervosa mit Ausnahme des 6-Jahres-Katamnesezeitpunktes niedriger als bei den Frauen der Vergleichsgruppe. Dieser Effekt erreicht jedoch keine statistische Signifikanz.

Auf der Skala „Phobische Angst“ liegen die Mittelwerte der Männer ebenfalls niedriger als die der Frauen, wieder mit der Ausnahme des 6-Jahres-Katamnesezeitpunktes, bei dem die Werte der untersuchten Männer mit Bulimia nervosa sogar über das Niveau bei Erstmessung hinausgehen. Ein ähnliches Verlaufsmuster zeichnet sich auf der Skala „Ängstlichkeit“ und „Depressivität“ ab. Auch hier tritt 6 Jahre nach Erstmessung bei den bulimischen Männern eine erneute Zunahme der selbsteingeschätzten Symptomatik auf, jedoch nicht mehr über das Niveau der Ausgangsmessung hinaus. Auf der Skala „Somatisierung“ zeichnen sich nur geringe Unterschiede zwischen Männern und Frauen ab, die Mittelwerte der Männer liegen hier jedoch ab dem Zeitpunkt der Erstmessung über denen der Frauen der Vergleichsgruppe.

Auf der Skala „Zwanghaftigkeit“ verläuft die Entwicklung der Mittelwerte über die Zeit hinweg bei beiden Geschlechtern fast völlig parallel. Die Symptomatik bessert sich leicht über die Zeit hinweg. Bei den Männern liegen die Mittelwerte wiederum 6 Jahre nach Erstmessung leicht höher als bei den untersuchten Frauen, so daß bei den Männern eine Stagnation von 2- Jahres- zu 6- Jahres-Katamnesezeitpunkt hin zu beobachten ist.

Die Trendanalysen bei der Zwanghaftigkeitsskala des SCL und der inhaltlich verwandten EDI-Skala „Perfektionismus“ zeigen eine hochsignifikante Abnahme der Werte über die Zeit hinweg für Männer und Frauen. Geschlechtsunterschiede wurden hier nicht deutlich. Keines der genannten Ergebnisse der SCL-90-R für Bulimia nervosa

erreicht statistische Signifikanz.

Ein Vergleich der SCL-Werte der untersuchten bulimischen Männer und Frauen mit Daten einer repräsentativen Eichstichprobe der Normalbevölkerung (siehe Tabelle 24) zeigt, daß die untersuchte klinische Stichprobe auf sämtlichen Skalen bzw. Kennwerten höhere Werte zu verzeichnen hat.

Tab. 26 Skalen und Kennwerte der Symptom Check List-90-R (SCL-90-R) für Männer und Frauen mit Bulimia nervosa

Skala/Kennwert	Erstmessung		2 J. Katamnese		6 J. Katamnese		12 J. Katamnese		ANOVA ¹ und Paarvergleiche			Trendanalysen (LGM)
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	F (Geschl.)	F (Kat.)	F (Geschl. x Kat.)	
General Symptomatic Index (GSI)	M	1,3	1,4	1	1,1	1,1	0,9	0,9	n.s.	n.s.	n.s.	Abnehm. Trend F = 36,1 *** m < f F = n.s. Interaktion F = n.s.
	SA	0,7	0,7	1	0,8	0,7	0,5	0,8	n.s.	n.s.	n.s.	
	SEM	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	FG=1	FG=2	FG=2	
	N	48	54	22	23	12	14	13	14			
Positive Symptom Total (PST)	M	58,5	59,4	49,1	46,9	54,5	48,3	42,5	n.s.	n.s.	n.s.	Abnehm. Trend F = 42,0 *** m > f F = n.s. Interaktion F = n.s.
	SA	18,9	17,4	26,5	26,1	29,1	17,1	32,8	n.s.	n.s.	n.s.	
	SEM	2,7	2,4	5,6	5,4	8,4	4,6	9,1				
	N	48	54	22	23	12	14	13				
Positive Symptom Distress Index (PSDI)	M	1,9	2,1	1,6	1,8	1,7	1,6	1,6	n.s.	n.s.	n.s.	Abnehm. Trend F = 25,0 *** m < f F = n.s. Interaktion F = n.s.
	SA	0,6	0,6	0,8	0,6	0,5	0,4	0,5	n.s.	n.s.	n.s.	
	SEM	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1				
	N	48	54	21	23	12	14	11				
Somatisierung	M	1,1	1,1	0,9	0,7	1,1	0,9	0,8	n.s.	n.s.	n.s.	Abnehm. Trend F = 9,0 ** m > f F = n.s. Interaktion F = n.s.
	SA	0,7	0,8	0,9	0,7	0,7	0,5	0,8	n.s.	n.s.	n.s.	
	SEM	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2				
	N	48	54	22	23	12	14	13				

Fortsetzung Tabelle 26 siehe nächste Seite

Bulimia nervosa

Skala/Kennwert	Erstmessung		2 J. Katamnese		6 J. Katamnese		12 J. Katamnese		ANOVA ¹ und Paarvergleiche			Trendanalysen (LGM)
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	F (Geschl.)	F (Kat.)	F (Geschl. x Kat.) FG=2	
Zwanghaftig- keit	M	1,6	1,2	1,2	1,2	1,1	1	1	n.s.	n.s.	n.s.	Abnehm. Trend F = 33,1 *** m < f F = n.s. Interaktion F = n.s.
	SA	0,8	0,8	1,1	1	0,9	0,8	1	0,9	0,9	0,9	
	SEM	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,2	0,3	0,2	0,3	0,2	
	N	48	54	22	23	12	14	13	14	13	14	
Unsicherheit im	M	1,7	2,0	1,3	1,4	1,2	1,2	1,1	1,2	n.s.	n.s.	Abnehm. Trend F = 43,0 *** m < f F = n.s. Interaktion F = n.s.
	SA	0,9	0,9	1,1	1,1	0,8	0,7	0,9	0,9	0,9	0,9	
	SEM	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,3	0,2	
	N	48	54	22	23	12	14	13	14	13	14	
Sozialkontakt	M	1,7	1,9	1,2	1,5	1,3	1,1	1	1,1	n.s.	n.s.	Abnehm. Trend F = 35,6 *** m < f F = n.s. Interaktion F = n.s.
	SA	0,9	0,9	1,1	1,1	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	
	SEM	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,2	0,3	0,2	0,3	0,2	
	N	48	54	22	23	12	14	13	14	13	14	
Depressivität	M	1,3	1,4	0,9	1	1,2	0,9	0,8	0,9	n.s.	n.s.	Abnehm. Trend F = 24,4 *** m < f F = n.s. Interaktion F = n.s.
	SA	0,8	0,9	1,1	0,9	0,8	0,5	0,8	1,1	0,8	1,1	
	SEM	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,3	0,2	0,3	
	N	48	54	22	23	11	14	13	14	11	14	

Fortsetzung Tabelle 26 siehe nächste Seite

Bulimia nervosa

Skala/Kennwert	Erstmessung		2 J. Katamnese		6 J. Katamnese		12 J. Katamnese		ANOVA ¹ und Paarvergleiche			Trendanalysen (LGM)
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	F (Geschl.)	F (Kat.)	F (Geschl. x Kat.) FG=2	
Aggressivität	M	1,0	1,3	0,9	1,0	0,9	0,7	0,5	0,5	n.s.	n.s.	Abnehm. Trend F = 18,3 *** m < f F = n.s. Interaktion F = n.s.
	SA	0,8	0,9	0,9	0,9	0,8	0,5	0,6	0,7			
	SEM	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2			
	N	48	54	22	23	12	14	13	14			
Phobische Angst	M	0,8	1	0,6	0,7	0,9	0,5	0,5	0,6	n.s.	n.s.	Abnehm. Trend F = 13,1 *** m < f F = n.s. Interaktion F = n.s.
	SA	0,9	0,9	1,1	0,8	0,8	0,3	0,7	0,9			
	SEM	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2			
	N	48	54	22	23	12	14	13	14			
Paranoides Denken	M	1,4	1,4	1,2	1,1	1,2	0,9	0,9	0,9	n.s.	n.s.	Abnehm. Trend F = 22,5 *** m > f F = n.s. Interaktion F = n.s.
	SA	0,9	0,9	1,0	0,9	0,7	0,5	0,8	0,7			
	SEM	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2			
	N	48	54	22	23	12	14	13	14			
Psychotizismus	M	1,0	1,1	0,8	0,7	0,9	0,6	0,6	0,8	n.s.	n.s.	Abnehm. Trend F = 23,3 *** m > f F = n.s. Interaktion F = n.s.
	SA	0,8	0,7	0,9	0,7	0,6	0,4	0,7	1,0			
	SEM	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,3			
	N	48	54	22	23	12	14	13	14			

* p < .05; ** p < .01; *** p < .001; n.s. = nicht signifikant

¹ ANOVA wurde nur für die drei Katamnesezeitpunkte berechnet
LGM = Lineare Gemischte Modelle
FG = Freiheitsgrade
M = Mittelwert
SA = Standardabweichung
SEM = Standard Error of the Mean
Geschl. = Geschlecht
Kat. = Katamnesezeitpunkt
m = Männer, f = Frauen
m < f = Mittelwerte Männer < Mittelwerte Frauen
m > f = Mittelwerte Männer > Mittelwerte Frauen
² = t-Test Männer versus Frauen: p < .05

5.7 Homosexualität

Im Folgenden werden deskriptive Daten zu Homosexualität bei Männern und Frauen mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa vorgestellt. Alle Angaben zu Homosexualität im Datenmaterial der vorliegenden Arbeit stammen aus Selbsteinschätzungen der Probanden. Eine Überschätzung des Auftretens von Homosexualität bei den untersuchten Männern und Frauen ist daher unwahrscheinlich. Es wurde das Bestehen einer homosexuellen Partnerbeziehung sowie einer homosexuellen Neigung erfragt. Auch das Vorhandensein homosexueller Erfahrungen wurde erhoben. Zusätzlich wurden die Konstrukte „Homosexuelle Orientierung“ und „Homosexuelle Erfahrung“ aus den Daten extrahiert (siehe Punkt 4.2.3). Alle Personen, die ihre sexuellen Neigungen als homo- oder bisexuell beschrieben, gaben auch homosexuelle Erfahrungen an.

5.7.1 Homosexualität bei Männern und Frauen mit Anorexia nervosa

Die „lifetime“-Daten (bezogen auf die gesamte Lebenszeit) zur sexuellen Neigung bei Männern und Frauen mit Anorexia nervosa gibt die folgende Tabelle wieder:

Tab. 27 Sexuelle Neigung (lifetime) bei Männern und Frauen mit Anorexia nervosa			
Anorexia nervosa			
	Männer N	Frauen N	chi ² -Test ¹
Heterosexuell %	49/57 86,0	55/55 100,0	8,3*
Heterosexuell mit homosexueller Erfahrung %	5/57 8,8	0 0	
Bisexuell %	1/57 1,8	0 0	
Homosexuell mit heterosexueller Erfahrung %	0 0	0 0	
Homosexuell %	2/57 3,5	0 0	

¹ Freiheitsgrade = 3; * p < .05

Es bezeichnen sich signifikant mehr anorektische Männer als Frauen als homosexuell, bisexuell oder heterosexuell mit homosexueller Erfahrung ($p < .05$). Insgesamt haben 3 Männer eine homosexuelle Neigung im engeren Sinne (homosexuell, homosexuell mit heterosexueller Erfahrung oder bisexuell). Keine der Frauen weist hier eine homosexuelle Neigung auf. Hinsichtlich der Häufigkeit homosexueller Partnerschaften ergeben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Daß es hier trotzdem Frauen gibt, die eine homosexuelle Beziehung angeben, liegt an der größeren Stichprobe von Frauen ($N=61$), bei denen Antworten zu diesem Item vorlagen.

Tab. 28 Homosexuelle Partnerbeziehung (lifetime) bei Männern und Frauen mit Anorexia nervosa

Anorexia nervosa			
	Männer N	Frauen N	chi ² -Test
Homosexuelle Partnerbeziehung	2/60	2/61	n.s.
%	3,3	3,3	

n.s. = nicht signifikant

Die „lifetime“-Daten zu den Konstrukten „homosexuelle Orientierung“ und „homosexuelle Erfahrung“ bei Männern und Frauen mit Anorexia nervosa gibt folgende Tabelle wieder:

Tab. 29 Homosexualität bei Männern und Frauen mit Anorexia nervosa – lifetime

Anorexia nervosa			
	Männer N	Frauen N	chi ² -Test
Homosexuelle Orientierung	5/60	2/62	n.s.
%	8,3	3,2	
Homosexuelle Erfahrung	11/60	4/60	4,0*
%	18,3	6,7	

* $p < .05$; ^a $p < .10$; n.s. = nicht signifikant

Signifikant mehr anorektische Männer als Frauen hatten jemals in ihrem Leben eine homosexuelle Erfahrung ($p < .05$). Bei der homosexuellen Orientierung ergeben sich hier keine statistischen Signifikanzen.

5.7.2 Homosexualität bei Männern und Frauen mit Bulimia nervosa

Die „lifetime“-Daten zur sexuellen Neigung bei Männern und Frauen mit Bulimia nervosa gibt die folgende Tabelle wieder:

Bulimia nervosa			
	Männer N	Frauen N	chi ² -Test
Heterosexuell	42/49	49/54	n.s.
%	85,7	90,7	
Heterosexuell mit homosexueller Erfahrung	2/49	3/54	
%	4,1	5,6	
Bisexuell	0	1/54	
%	0	1,9	
Homosexuell mit heterosexueller Erfahrung	4/49	0	
%	8,2	0	
Homosexuell	1/49	1/54	
%	2,0	1,9	

¹ Freiheitsgrade = 3; n.s. = nicht signifikant

In den Selbsteinschätzungen hinsichtlich sexueller Neigungen ergeben sich hier keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen mit Bulimia nervosa. Hinsichtlich des Bestehens homosexueller Partnerbeziehungen ist dies ebenso, wobei hier jedoch bei den bulimischen Männern „lifetime“ drei mal so viele homosexuelle Partnerschaften vorliegen wie bei den Frauen:

Bulimia nervosa			
	Männer N	Frauen N	chi ² -Test
Homosexuelle Partnerbeziehung	5/48	2/55	n.s.
%	10,4	3,6	

n.s. = nicht signifikant

Die Daten zu den Konstrukten „homosexuelle Erfahrung“ und „homosexuelle Orientierung“ bei Männern und Frauen mit Bulimia nervosa gibt folgende Tabelle wieder:

Tab. 32 Homosexualität bei Männern und Frauen mit Bulimia nervosa			
Bulimia nervosa			
	Männer N	Frauen N	chi ² -Test
Homosexuelle Orientierung	8/49	3/55	n.s.
%	16,3	5,4	
Homosexuelle Erfahrung	9/49	12/55	n.s.
%	18,4	21,8	

n.s. = nicht signifikant

Obwohl mehr Männer als Frauen mit Bulimia nervosa eine homosexuelle Orientierung angeben und auch eine gleichgeschlechtliche Partnerbeziehung angeben, zeigt sich hier keine statistische Signifikanz.

6 DISKUSSION

6.1 Parallelisierung von Männern und Frauen

Zur Klärung der Terminologie im Folgenden sei nochmals angemerkt: die beschriebenen Katamnesegruppen werden bei Männern und Frauen jeweils als 2-Jahres-, 6-Jahres- und 12-Jahres-Katamnesegruppe bezeichnet. Analog wird bei der Verlaufsauer von Kurzzeitverlauf (2 Jahre), mittelfristigem Verlauf (6 Jahre) und Langzeitverlauf (12 Jahre und mehr) gesprochen. Dies dient der sprachlichen Einheitlichkeit, die Streuung der jeweiligen Katamneseintervalle soll damit nicht vernachlässigt werden.

Die Frauen- und Männerstichprobe wurde unter anderem nach dem **Alter bei Erstmessung** parallelisiert, es können also hier keine vergleichenden Aussagen hinsichtlich anderer Studien zu Unterschieden im Alter bei Erstmessung gemacht werden. Auffällig ist jedoch, daß die Männer und Frauen mit Anorexia nervosa bei Erstmessung jünger waren als die Männer und Frauen mit Bulimia nervosa. Ebenso ist die **Dauer der Eßstörung** sowohl bei Männern als auch Frauen mit Anorexia nervosa kürzer als bei Männern und Frauen mit Bulimia nervosa. Männer mit Bulimia nervosa litten im Mittel 6,7 Jahre länger an ihrer Eßstörung als Männer mit Anorexia nervosa, bei den Frauen waren es im Mittel 5,0 Jahre. Diese Ergebnisse gehen konform mit Angaben von Carlat et al. (1997), wonach bulimische Männer ihre Eßstörung aufgrund von Schamgefühlen, an einer Frauenkrankheit zu leiden, länger geheim halten. Möglicherweise werden Männer mit Bulimia nervosa aber auch später als anorektische Männer an Spezial-einrichtungen verwiesen, da ihre Erkrankung aufgrund des fehlenden Untergewichts nicht so offensichtlich ist. In der Studie von Olivardia et al. (1995) hatten sich allgemein signifikant weniger Männer als Frauen mit Eßstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa oder Binge Eating Disorder) aus der Normalbevölkerung in Behandlung begeben. Eine weitere mögliche Erklärung für das höhere Durchschnittsalter der Probanden mit Bulimia nervosa bei Erstmessung und damit Behandlung ist ein möglicherweise höherer Leidensdruck und eine allgemein höhere psychische Belastung bei Anorexia nervosa, die zu einer früheren Behandlung in Spezialeinrichtungen führen.

Die Ergebnisse im General Symptomatic Index (GSI) der SCL-90-R, der ebendiese Belastung mißt, weisen jedoch nicht in diese Richtung.

Keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen ergaben sich hinsichtlich des Alters bei Beginn der Eßstörung, sowohl bei Anorexia nervosa als auch bei Bulimia nervosa. Die Männer mit Anorexia nervosa und die Männer mit Bulimia nervosa liegen, was das Alter bei Beginn der Eßstörung anbelangt, im Mittel der in der Literatur berichteten Altersangaben für den Beginn der Störung: Carlat & Camargo (1991) fanden in ihrem Überblicksartikel zu Bulimia nervosa bei Männern ein durchschnittliches Alter bei Beginn der Störung bei Männern von 18 bis 26 Jahren, bei den Frauen liegen die Angaben niedriger (15 bis 18 Jahre). Sharp et al. (1994) gaben bei 24 anorektischen Männern ebenfalls ein höheres Durchschnittsalter bei Beginn der Störung (18,6 Jahre) an als bei Frauen (17,5 Jahre). Auch die von Braun et al. (1999) untersuchten Männer mit Anorexia nervosa, Bulimia nervosa oder Eßstörungen-NNB waren signifikant älter (20,6 Jahre) als die weibliche Vergleichsgruppe (17,2 Jahre). In Striegel-Moore et al.'s (1999^a, 1999^b) Studie waren die diesbezüglichen Ergebnisse auch signifikant und wiesen in dieselbe Richtung. Bei Olivardia et al. (1995) hingegen hatten die 25 untersuchten Männer mit Eßstörungen ein durchschnittliches Alter bei Beginn der Eßstörung von 14,7 Jahren, was jedoch auf die spezifische Stichprobe (College Studenten) der Studie zurückzuführen sein könnte. Was das Alter bei Beginn der Eßstörung anbelangt, bilden die untersuchten Männer und Frauen der vorliegenden Arbeit insgesamt eine für klinische Stichproben repräsentative, gut vergleichbare und sehr homogene Gruppe.

6.2 Mortalität

Anorexia nervosa

Die Gesamt-Mortalitätsrate über alle Zeitpunkte und Todesarten hinweg lag bei Männern mit Anorexia nervosa bei 8,8%, bei den Frauen höher, nämlich bei 10,1%. Am höchsten war die Mortalitätsrate bei den Männern mit Anorexia nervosa zum 6-Jahres-Zeitpunkt (17,6%), hier war sie auch deutlich erhöht gegenüber den Frauen der Vergleichsgruppe (6,7%). Die Diagnosenverteilung (siehe Punkt 5.4.1) zum 6-Jahres-Katamnese-Zeitpunkt zeigt, daß zu diesem Zeitpunkt mehr ehemals anorektische Männer als Frauen an einer Bulimia nervosa (Purging-Typus) oder an einer Eßstörung-NNB leiden und insgesamt weit mehr Männer an einer Eßstörung leiden als Frauen. Bei den anorektischen Frauen war die Mortalitätsrate zum 2-Jahres-Zeitpunkt am höchsten (13,5%) und deutlich höher als bei den Männern der Vergleichsgruppe (5,9%). Zu diesem Zeitpunkt zeigte sich auch ein ungünstigeres Bild der Diagnosenverteilung (siehe Punkt 5.4.1) für die untersuchten Frauen. Die vorliegenden Daten legen also nahe, daß im kurzfristigen Verlauf (2-Jahres-Katamnese) Frauen mit Anorexia nervosa ein höheres „Mortalitätsrisiko“ aufweisen als Männer, während dies im mittelfristigen Verlauf (6-Jahres-Katamnese) genau umgekehrt ist. Dies erscheint v.a. vor dem Hintergrund der genannten Diagnosenverteilungen zu den jeweiligen Zeitpunkten plausibel. Es ist jedoch auch denkbar, daß methodische Gründe (unabhängige Stichproben bei den einzelnen Katamnesegruppen) für diesen Effekt verantwortlich sein könnten.

Hsu (1980) gibt für Anorexia nervosa bei Frauen absolute Mortalitätsraten von 15-20% bei einer Verlaufsdauer von bis zu 20 Jahren an. Neumärker (1997) fand bei Literaturdurchsichten Mortalitätsraten von 5-20% für Anorexia nervosa, mit einer durchschnittlichen Rate von 5,9% über sämtliche Todesursachen hinweg. Ähnlich gibt Steinhausen (2002) in seiner Überblicksarbeit eine durchschnittliche Mortalitätsrate von 5,0% an. Insgesamt liegen die Gesamt-Mortalitätsraten für Männer und Frauen mit Anorexia nervosa in der vorliegenden Arbeit also eher im unteren bis mittleren Bereich der in der Literatur für Anorexia nervosa vorwiegend für Frauen berichteten Raten. Ein stetiger Anstieg der Mortalitätsrate über die Zeit hinweg konnte nicht gefunden werden. Patton (1988) fand eine absolute Mortalitätsrate für Anorexia nervosa von 3,3% (4-15 Jahre nach Erstuntersuchung), die niedriger liegt als die Raten der vorliegenden Arbeit. Der Autor führt diese, auch im Vergleich zu den Mortalitätsraten der obengenannten

Studien, niedrigere Rate auf die kürzere minimale Dauer des Katamneseintervalls in seiner Studie zurück. Bis 8 Jahre nach Erstuntersuchung blieb bei Patton (1988) die standardisierte Mortalitätsrate der Anorexia nervosa gegenüber der zu erwartenden Rate in der Normalbevölkerung signifikant erhöht. Die Daten der vorliegenden Studie zum 12-Jahres-Katamnesezeitpunkt lassen zumindest den Schluß zu, daß die Mortalitätsrate für diesen Zeitpunkt weder bei Männern noch bei Frauen übermäßig ansteigt. Zudem sind die Raten hier für Männer und Frauen identisch. Im Langzeitverlauf könnte also eine Angleichung des „Mortalitätsrisikos“ der Männer und Frauen stattfinden. Es muß hier erwähnt werden, daß die mittlere Dauer des Katamneseintervalls bei den Männern mit Anorexia nervosa in der Langzeit-Verlaufsgruppe deutlich höher lag als bei den Frauen der Vergleichsgruppe (18,9 Jahre versus 12,5 Jahre), weshalb nicht von einer absolut homogenen Gruppe für den Langzeit-Vergleich ausgegangen werden kann. Angaben zu den Todesursachen konnten leider nicht ausgewertet werden, da Datenmaterial hierzu nur vereinzelt vorhanden war.

Isolierte Vergleichsangaben zu Mortalität bei Männern mit Anorexia nervosa liegen nur vereinzelt vor: Crisp et al. (1986) hatten im Mittel 8,0 Jahre nach Erstuntersuchung keine letalen Fälle in ihrer Männer-Stichprobe. Patton (1988) gibt keine Ergebnisse diesbezüglich für die 19 Männer mit Anorexia nervosa und/oder Bulimia nervosa seiner Stichprobe an. Deter et al. (1998) berichten bei N=10 anorektischen Männern, von denen 8 Männer im Mittel 12 Jahre nach Erstmessung nachuntersucht werden konnten, eine gegenüber den Frauen (10,7%) der Vergleichsgruppe deutlich erhöhte Gesamt-Mortalitätsrate von 22,2%. Aufgrund der Stichprobengröße und der Tatsache, daß zwei der Männer der Ausgangsstichprobe an schweren (womöglich primären) somatischen Komplikationen litten, an denen sie bereits während ihres Klinik-Aufenthalts bei Erstmessung verstorben waren, sind diese Ergebnisse jedoch nur sehr begrenzt aussagekräftig.

Bulimia nervosa

Die Gesamt-Mortalitätsrate bei Männern und Frauen mit *Bulimia nervosa* lag bei 6,8%. Bei den Frauen mit *Bulimia nervosa* war 2 Jahre nach Erstmessung keine Probandin verstorben, bei den Männern waren es 2 von 26 (7,7%). Hingegen waren bei den Frauen zum 6-Jahres-Zeitpunkt 3 von 19 (15,8%) verstorben, bei den Männern lag die Rate bei nur 5,9% (1 von 17). In der 6-Jahres-Katamnesegruppe litten ca. 3 mal so viele Männer wie Frauen noch an einer Eßstörung (siehe Punkt 5.5.1). Es erscheint also plausibel, daß zu diesem Zeitpunkt die Mortalität bei den Männern der Stichprobe erhöht ist, da es hier zu einer Symptomverfestigung zu kommen scheint. Auch die Ergebnisse der Psychiatric Status Rating Scale (PSR, siehe Punkt 5.5.2) und des Eating Disorder Inventory (siehe Punkt 5.5.3) weisen in diese Richtung. Es muß betont werden, daß es sich bei den Katamnesegruppen sowohl bei Männern als auch Frauen um unabhängige Stichproben handelt, die Ergebnisse also möglicherweise auch durch die Auswahl einer besonders schwer eßgestörten Teilgruppe von Männern zustande gekommen sein könnten. Leider lagen auch hier, wie schon bei *Anorexia nervosa*, keine aussagekräftigen Angaben zur Todesursache vor. Ein möglicher direkter Bezug der Todesursache zur Eßstörung konnte also nicht abgeklärt werden. Der Männer-Frauen-Vergleich der Mortalitätsraten für den 2- und 6-Jahres-Zeitpunkt zeigt hier ein zur *Anorexia nervosa* entgegengesetztes Bild: während bei *Bulimia nervosa* bei 2-Jahres-Katamnese deutlich mehr Männer als Frauen verstorben waren, war dies bei 6-Jahres-Katamnese genau umgekehrt. Bei *Bulimia nervosa* war also in der untersuchten Stichprobe das „Mortalitätsrisiko“ für Männer im kurzfristigen Verlauf größer als bei Frauen, bei *Anorexia nervosa* war es für Männer im mittelfristigen Verlauf größer als bei Frauen.

Quadflieg & Fichter (2003) stellen in ihrer Literaturdurchsicht zu Verlaufsergebnissen bei *Bulimia nervosa* (weibliche Stichproben) fest, daß die Erkrankung wesentlich geringere absolute Mortalitätsraten aufweist als die *Anorexia nervosa*. Bezogen auf die Gesamtmortalitätsrate über alle Zeitpunkte hinweg trifft dies für die Männer und Frauen der vorliegenden Arbeit zu, hier war das Verlaufsergebnis der *Bulimia nervosa* sowohl bei Männern als auch bei Frauen günstiger als das der *Anorexia nervosa*. Männer mit *Anorexia nervosa* haben eine schlechtere Prognose als Männer mit *Bulimia nervosa*. Frauen mit *Anorexia nervosa* haben, was die Gesamtmortalitätsrate und v.a. den kurzfristigen Verlauf anbelangt, eine schlechtere Prognose als Frauen mit *Bulimia*

nervosa. Fichter & Quadflieg fanden dies schon bei der Frauen-Stichprobe der *GLEDS* (*German Longitudinal Eating Disorders Study*, Fichter & Quadflieg, 1997, 1999^a; Fichter et al., 1998). Einschränkend muß hier erwähnt werden, daß die Frauen, die in der vorliegenden Arbeit zur Parallelisierung mit den untersuchten Männern herangezogen wurden, der *GLEDS* entstammen, also eine Überschneidung der beiden Stichproben besteht. Ein Vergleich der Ergebnisse ist deshalb nur begrenzt aussagekräftig bzw. sinnvoll. Patton (1988) gibt für Bulimia nervosa eine absolute Mortalitätsrate von 3,1% an. Die standardisierte Mortalitätsrate war im Gegensatz zu Anorexia nervosa in dieser Studie nicht signifikant erhöht, was ebenfalls auf ein geringeres „Mortalitätsrisiko“ bei Bulimia nervosa hinweist.

6.3 Soziodemographische Kennwerte

Anorexia nervosa

Ein signifikanter Unterschied, der zwischen anorektischen Männern und Frauen gefunden werden konnte, liegt im Bereich „Partnerschaft“. Mehr anorektische Frauen als Männer hatten zum Zeitpunkt der Katamnese eine Partnerschaft ($p < .05$) und mehr Frauen als Männer waren zu diesem Zeitpunkt verheiratet (nicht signifikant). Gleichzeitig lebten mehr Männer als Frauen alleine. Im Falle einer bestehenden Partnerschaft lebten jedoch mehr Frauen als Männer unverheiratet zusammen, während umgekehrt mehr Männer als Frauen verheiratet mit ihren Partnern zusammenlebten. Eine mögliche Begründung für diese Ergebnisse könnte in einem stärkeren sozialen Rückzug der anorektischen Männer im Vergleich zu den Frauen liegen. Möglicherweise führt die Eßstörung bei Männern zu stärkerer Isolation bzw. stärkerem Rückzug und damit eingeschränkten Möglichkeiten der Kontaktaufnahme zu potentiellen Partnerinnen und Partnern. Möglicherweise spielt hier auch das traditionelle Rollenverhalten hinsichtlich der Kontaktaufnahme und beim Eingehen von Partnerschaften eine Rolle: während Männern hierbei oft die aktive Rolle zukommt, die sie möglicherweise aufgrund der Eßstörung und komorbider Symptomatik (z.B. Depression) nur eingeschränkt spielen können, wird von Frauen in dieser Hinsicht nicht primär Aktivität erwartet. Selbst wenn sie sich passiv verhalten, besteht eine womöglich größere Wahrscheinlichkeit, dennoch Kontakte zu potentiellen Partnern zu knüpfen als bei den Männern. Interessant und wichtig wäre in diesem Zusammenhang die Klärung der Frage, ob Partnerschaften und Ehen bereits vor Beginn der Anorexia nervosa – also prämorbid – oder erst im Verlauf der Erkrankung eingegangen worden sind. Möglicherweise ist die höhere Anzahl an verheiratet-zusammenlebenden Männern durch eine bereits prämorbid eingegangene Partnerschaft zu erklären. Diese Frage konnte mit dem Datenmaterial der vorliegenden Arbeit leider nicht geklärt werden.

Insgesamt bestätigen diese Ergebnisse Befunde einer Nachuntersuchung anorektischer Patienten von Deter et al. (1998): die Autoren fanden bei Frauen mit Anorexia nervosa einen höheren Prozentsatz von Verheirateten, quantitative Aussagen zum allgemeinen Vorhandensein von Partnerschaften wurden in dieser Studie jedoch nicht gemacht. Zudem konnten aufgrund der Größe der Männer-Stichprobe ($N=10$, bzw. $N=8$ bei Katamnese) keine Signifikanzaussagen gemacht werden. Die Autoren stellen lediglich

sehr allgemein fest, daß sich die sozialen und partnerschaftlichen Beziehungen bei den überlebenden Männern etwas günstiger entwickelt hatten als bei den Frauen. Sharp et al. (1994) fanden keine Unterschiede bei anorektischen Männern und Frauen hinsichtlich des Familienstandes, was aber dadurch bedingt gewesen sein könnte, daß sowohl Männer als auch Frauen zum Zeitpunkt der Untersuchung noch sehr jung waren. Herzog et al. (1988) stellen in ihrer Literaturdurchsicht von Verlaufsstudien zu Anorexia nervosa bei Frauen fest, daß die Angaben zum Familienstand mit 4% bis 64% Verheirateten über die Studien hinweg stark schwanken. Diese Zahlen sind durch Unterschiede in der Altersstruktur der Stichproben sowie der Länge der Katamneseintervalle mitbedingt und daher schwer generalisierbar bzw. interpretierbar.

Hinsichtlich des Schulbildungsniveaus ergaben sich in der vorliegenden Arbeit keine bedeutsamen Unterschiede zwischen anorektischen Männern und Frauen. Auch Sharp et al. (1994) fanden hier keine wesentlichen Unterschiede. Die Zugehörigkeit zu unterschiedlichen sozialen Schichten sei den Autoren zufolge bei Männern und Frauen ebenfalls sehr ähnlich.

Um einem möglichen Zusammenhang zwischen Körpergewicht und beruflicher Betätigung bei den untersuchten Männern nachzugehen, wurde die Frage *„Ist Ihr Körpergewicht in Ihrem Beruf wichtig, bzw. ist es in Ihrem Beruf wichtig, eine schlanke Figur zu haben?“* in Fragebogen und Interview aufgenommen. 62,9% der anorektischen Männer beantworteten diese Frage mit „nein“, insgesamt 14,6% antworteten mit „ein wenig“ bzw. „ja“. Die restlichen 22,6% hatten keine Beschäftigung oder hatten keine Angaben hierzu gemacht. Carlat et al. (1997) fanden, daß 16% der Männer ihrer Stichprobe in Berufen tätig waren, in denen die äußere Erscheinung wichtig war, die mit Nahrungsaufnahme zu tun hatten oder die traditionellerweise Frauenberufe waren. Der Prozentsatz stimmt in etwa mit dem in der vorliegenden Arbeit ermittelten überein. Aussagen zu einem Vergleich zwischen anorektischen Männern und Frauen können an dieser Stelle nicht getroffen werden, da die entsprechende Frage lediglich den untersuchten Männern bei Katamnese gestellt wurde. Ergebnisse von Braun et al. (1999) geben jedoch Anlaß zu der Vermutung, daß mehr eßgestörte Männer als Frauen Berufe oder auch Sportarten ausüben, in denen Gewichtskontrolle einen hohen Stellenwert einnimmt.

Bulimia nervosa

Hinsichtlich der beruflichen Situation und der Wohnsituation bei Katamnese zeichneten sich signifikante Unterschiede ($p < .01$) zwischen Männern und Frauen mit Bulimia nervosa ab. So waren mehr Männer als Frauen in selbständigen und leitenden Tätigkeiten zu finden, andererseits waren aber auch mehr Männer als Frauen arbeitslos bzw. arbeitsunfähig. Bezüglich der Wohnsituation ist besonders auffällig, daß mehr Männer als Frauen alleine lebten oder aber auch als Ehepaar zusammen lebten. Wesentlich mehr Frauen als Männer lebten jedoch unverheiratet mit ihrem Partner zusammen. Insgesamt waren mehr Männer als Frauen mit Bulimia nervosa zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung ledig (nicht signifikant). Dieses Ergebnis geht konform mit Befunden von Schneider & Agras (1987), die beim Vergleich männlicher und weiblicher Bulimiker einen signifikant höheren Anteil an Verheirateten bei den Frauen fanden. Auch Carlat & Camargo (1991) stellen in ihrer Überblicksarbeit zu Bulimia nervosa bei Männern fest, daß nur 8% bis 13% bulimischer Männer (Altersgruppe 20 bis 24 Jahre) verheiratet sind, während die Rate bei bulimischen Frauen und bei Männern der Normalbevölkerung bei etwa 30% liege. Es fällt auf, daß bei den Männern mit Bulimia nervosa der vorliegenden Arbeit die Angst vor dem Erwachsenwerden, gemessen mit der entsprechenden Skala des Eating Disorder Inventory (EDI), vor allem 6 Jahre nach Erstmessung signifikant stärker ausgeprägt war ($p < .05$) als bei den Frauen. Möglicherweise besteht hier ein Zusammenhang zwischen der Angst vor Verantwortungsübernahme und dem Eingehen von verbindlichen Partnerschaften. Kausale Zusammenhänge können mit den vorliegenden Daten jedoch nicht überprüft werden.

Sowohl hinsichtlich der Wohnsituation als auch hinsichtlich des Familienstandes zeichnete sich bei den Männern im Vergleich zu den Frauen eher eine Polarisierung ab: Männer scheinen hier zu extremeren bzw. eindeutigeren „Verlaufsvarianten“ zu neigen (z.B. alleine leben *oder* verheiratet zusammenleben), während die Frauen häufiger zu „Zwischenvarianten“ neigen (z.B. unverheiratet zusammenleben). Deter et al. (1998) vermuten aufgrund ihrer Verlaufsergebnisse im Mittel 12 Jahre nach Erstuntersuchung bei Männern mit Anorexia nervosa eine deutlicher als bei Frauen auftretende Polarisierung in gebesserte und schlechte Verläufe hinsichtlich psychosexueller und sozialer Aspekte. In der vorliegenden Arbeit konnte eine derartige Polarisierung eher bei den Männern mit Bulimia nervosa festgestellt werden. Die Aussagekraft der Ergebnisse von

Deter et al. (1998) ist jedoch ohnehin durch die Stichprobengröße (N=8 Männer bei Katamnese) eingeschränkt.

Insgesamt betrachtet lebten etwa gleich viele Männer und Frauen mit Bulimia nervosa in einer Partnerschaft. Das Kriterium „Vorhandensein einer Partnerschaft“ ist eventuell als Maß für die Beziehungssituation aussagekräftiger, da mit „Verheiratet-sein“ viele andere Faktoren verknüpft sind (Religion, Lebensanschauung, finanzielle Überlegungen etc.), die eine Interpretation erschweren und eventuell verfälschen.

Ein Vergleich über die Diagnosen hinweg ergibt: bulimische Männer leben häufiger in Partnerschaften und sind auch häufiger verheiratet als anorektische Männer. Bei den Frauen ergibt sich hier lediglich hinsichtlich des Verheiratet-Seins eine Parallele: mehr bulimische Frauen als anorektische Frauen sind verheiratet. Inwieweit hier eine ausgeprägtere Reduktion der Libido bzw. eine in der Literatur beschriebene Asexualität anorektischer Männer ursächlich eine Rolle spielt (siehe Punkt 2.4.1.5) konnte mittels der Daten der vorliegenden Arbeit nicht festgestellt werden.

Die Frage *„Ist Ihr Körpergewicht in Ihrem Beruf wichtig, bzw. ist es in Ihrem Beruf wichtig, eine schlanke Figur zu haben?“*, wurde von 36,4% der Männer mit Bulimia nervosa mit „nein“ beantwortet, insgesamt 23,6% antworteten mit „ein wenig“ bzw. „ja“. Bei den restlichen 40,0% entfiel die Antwort aufgrund von Arbeitslosigkeit oder fehlender Angaben. Bei den anorektischen Männern verneinten fast doppelt so viele die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Körpergewicht und beruflicher Tätigkeit und weniger anorektische als bulimische Männer bejahten diese Frage. Eine mögliche Schlußfolgerung aus diesem Ergebnis ist, daß bulimische Eßstörungen sowohl hinsichtlich ihrer Ätiologie als auch ihrer Aufrechterhaltung beeinflusbarer sind durch externe Faktoren wie z.B. die berufliche Tätigkeit. Die Anorexia nervosa scheint, relativ zur Bulimia nervosa, von solchen externen Faktoren unabhängiger zu sein. Es muß betont werden, daß aufgrund der Daten hierzu keine kausalen Schlüsse gezogen werden können. Zudem gab es bei der Bulimia nervosa hinsichtlich dieser Frage eine fast doppelt so hohe Quote fehlender Angaben als bei der Anorexia nervosa.

6.4 Verlauf der Anorexia nervosa bei Männern und Frauen

Insgesamt war die **Diagnosenverteilung** bei Männern und Frauen im Langzeitverlauf (12 Jahre nach Erstmessung) sehr ähnlich: es traten weder bei den untersuchten Männern noch bei den Frauen mit der Erstmessungsdiagnose Anorexia nervosa Fälle von restriktiver Anorexia nervosa auf, Fälle von Anorexia nervosa vom binge eating-/purging-Typus traten bei den untersuchten Männern und Frauen jedoch noch gleich häufig auf. Es muß hier erwähnt werden, daß die mittlere Länge des Katamneseintervalls im Langzeitverlauf bei den Männern mit Anorexia nervosa (18,9 Jahre, Standardabweichung 1,0) deutlich länger war als bei den Frauen (12,5 Jahre, Standardabweichung 4,8), die Gruppen diesbezüglich also nicht absolut homogen sind. Es ist denkbar, daß eine Teilgruppe von anorektischen Männern, die deutlich länger als 12 Jahre nach Erstmessung nacherhoben wurde, die Ergebnisse hier verzerrt. Eine ebenfalls vergleichbare Anzahl von Männern und Frauen mit Anorexia nervosa bei Erstmessung hatte 2 und 12 Jahre nach Erstmessung keine Eßstörung mehr. 6 Jahre nach Erstmessung litten deutlich mehr Männer als Frauen noch an einer Eßstörung. Im mittelfristigen Verlauf scheint sich die Situation bei den ursprünglich anorektischen Männern im Vergleich zu den Frauen also eher zu verschlechtern. Diese Tatsache ist besonders auffällig, zumal es in der gesichteten Literatur keine vergleichbaren Befunde zu einem mittelfristig schlechteren Verlaufsergebnis bei Männern mit Anorexia nervosa gibt. Langfristig, ca. 12 Jahre nach Erstmessung, war das Verhältnis wieder ausgeglichen und es litten 18,7% der Männer und 18,8% der Frauen an einer Eßstörung-NNB. Das heißt, daß die Probanden noch immer deutliche Anzeichen einer klinisch bedeutsamen Eßstörung aufwiesen (siehe Punkt 2.1.2.3), sich ihr Gewicht aber wieder im Normalbereich befand oder bei Frauen keine Amenorrhoe mehr vorlag. Bei 2- und 6-Jahres-Katamnese trat die Diagnose Eßstörung-NNB nur bei Männern auf. Übergänge von Anorexia nervosa zu Bulimia nervosa-non purging Typus und Binge Eating Disorder fanden in dieser parallelisierten Stichprobe von Männern und Frauen nicht statt.

Hsu (1980) zieht in seinem Überblicksartikel über Studien zu Anorexia nervosa bei Frauen den Schluß, daß ca. 75% der untersuchten Probanden einer Stichprobe bei Katamnese (variierende Intervalle) v.a. im Hinblick auf das Körpergewicht eine Verbesserung erfahren. Diese Zahl hat sich hier im Langzeitverlauf bei Frauen und

Männern bestätigt bzw. sogar überbestätigt: 12 Jahre nach Erstmessung litten 25% der Männer und 31,4% der Frauen, also jeweils ca. ein Drittel, noch an einer Eßstörung, bzw. an einzelnen Symptomen einer Eßstörung. Steinhausen (2002) fand in seinem Überblick über 119 Studien zum Verlaufsergebnis bei Anorexia nervosa (Katamneseintervalle 4 bis 10 Jahre) eine Rate von 46,9% remittierten (d.h. Remission aller Kardinalsymptome), 33,5% gebesserten (d.h. Weiterbestehen einiger Residualsymptome) und 20,8% chronischen Fällen. Im Bezug auf chronische und remittierte Fälle stimmen die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit also hoffnungsvoller als die Ergebnisse Steinhausen's (2002). Hinsichtlich der Diagnosenverteilung bei Anorexia nervosa im Verlauf (Eßstörung - keine Eßstörung) kann man mit Burns & Crisp (1985) und Crisp et al. (1986) folgern, daß sich Männer und Frauen im Langzeitverlauf sehr ähnlich sind. Die Annahme von Oyeboode et al. (1988), daß Männer einen Trend in Richtung schlechteres Langzeit-Verlaufsergebnis als Frauen aufweisen könnten, wurde nicht bestätigt.

Da keine systematischen Untersuchungen zu „**Crossovers**“ (Diagnosenwechsel) von Anorexia nervosa zu Bulimia nervosa im Verlauf bei Männern vorliegen, ist ein unmittelbarer Vergleich der Männerdaten mit Daten aus der Literatur an dieser Stelle nicht möglich. Ein Vergleich der Frauendaten mit Daten aus der Übersichtsarbeit von Herzog et al. (1988) zeigt jedoch, daß 10% bis 64% anorektischer Frauen im Verlauf der Erkrankung eine Bulimia nervosa entwickeln. Die Katamneseintervalle der Studien, auf die sich diese Zahlen beziehen, schwanken dabei von 6 Monaten bis 28 Jahren, wodurch sich, neben grundlegenden methodischen Unterschieden, sicher auch die große Schwankungsbreite der Angaben erklärt. Fichter & Quadflieg (1999^a) geben für ihre Ausgangsstichprobe von 103 anorektischen Frauen eine konstante Crossover-Rate von 9,9% zu Bulimia nervosa nach sowohl 2 als auch 6 Jahren an. Die Männer der vorliegenden Untersuchung lagen mit 9,4% Fällen von Bulimia nervosa bei 2-Jahres-Katamnese vergleichbar hoch und mit 14,3% bei 6-Jahres Katamnese höher als diese Angabe. Mittelfristig scheint also die Wahrscheinlichkeit für einen Diagnosenwechsel zu Bulimia nervosa bei vormals anorektischen Männern leicht erhöht zu sein. Einschränkung muß wiederum erwähnt werden, daß die Frauen-Stichprobe der vorliegenden Arbeit eine Teilstichprobe der Stichprobe von Fichter & Quadflieg (1999^a) darstellt, ein Vergleich hier also nur begrenzt aussagekräftig ist.

Die anorektischen Männer wurden in der **Experteneinschätzung** mittels PSR (Psychiatric Status Rating Scale) bei Katamnese hinsichtlich des Schweregrades ihrer Eßstörung im Mittel durchweg niedriger eingestuft als die anorektischen Frauen, dieser Effekt war jedoch nicht signifikant. Es war hier aber insgesamt über die Zeit hinweg ein signifikanter Rückgang der Symptomatik zu verzeichnen ($p < .01$). Dieses Ergebnis wurde auch in den Trendanalysen bestätigt. Ein geschlechtsspezifischer Effekt konnte hier nicht gefunden werden. Zum 2-Jahres-Zeitpunkt lagen Männer und Frauen im Mittel bei einem (gerundeten) Wert von 4, d.h., Symptome der Anorexia nervosa nach DSM-IV waren nicht erfüllt, aber es bestanden weiterhin z.B. deutliche Körperschemastörungen. Zum 6-Jahres-Zeitpunkt lagen die Männer im Mittel bereits bei Werten, die eine teilweise Remission andeuten. Zum 12-Jahres-Zeitpunkt hatten die Männer bereits einen mittleren Wert von 2, was auf das Vorliegen einer Residualsymptomatik hinweist: Gedanken an Essen und Gewicht sind weiterhin deutlich vorhanden und nehmen einen großen Teil der Zeit in Anspruch. Die Besserung der Frauen bei 6 und 12 Jahren ist jeweils im Mittel einen Skalenpunkt „schlechter“ als die der Männer. Es ist hier nochmals wichtig darauf hinzuweisen, daß die mittlere Länge des Katamneseintervalls bei den Männern mit Anorexia nervosa im Langzeitverlauf deutlich länger ist als bei den Frauen: während die anorektischen Frauen hier ein Mittel von 12,5 Jahren (Standardabweichung 1,0) aufwiesen, hatten die anorektischen Männer hier ein Mittel von 18,9 Jahren (Standardabweichung 4,8). Es ist also denkbar, daß eine Teilgruppe von anorektischen Männern, die deutlich länger als 12 Jahre nach Erstmessung nacherhoben wurden, die Langzeit-Ergebnisse hier in eine positive Richtung verzerrt hat. Diese Männer wiesen möglicherweise aufgrund des z.T. längeren Verlaufsintervalls weniger Symptome einer Anorexia nervosa auf als die Frauen der Vergleichsgruppe, bei denen eine geringere Streuung des Katamneseintervalls vorliegt.

Es gibt in der Literatur keine Studie, die einen derart systematischen Unterschied zwischen Männern und Frauen über mehrere Verlaufszeitpunkte hinweg beschreibt. Burns & Crisp (1985) und Crisp et al. (1986) folgern aus dem Vergleich ihrer Verlaufsergebnisse vorwiegend stationär behandelter Männer mit Anorexia nervosa mit Frauen (Katamneseintervalle von 2 bis 20 Jahren), daß die Verläufe und Prognosen bei Männern und Frauen sehr ähnlich sind. Das Verlaufsergebnis wurde hier mit der Morgan-Russell-Outcome Scale gemessen. Lediglich zwei Studien lassen eine Tendenz in Richtung schlechteres Verlaufsergebnis bei Männern mit Anorexia nervosa vermuten: Oyeboode et al. (1988) verwendeten in ihrer Studie mit je 13 anorektischen

Männern und Frauen dasselbe Verlaufsergebnis-Maß wie Burns & Crisp (1984). Es zeigte sich bei den Männern ein Trend in Richtung schlechteres Verlaufsergebnis. Nach im Mittel 9 Jahren war zwar bei beiden Geschlechtern ein vergleichbarer Prozentsatz an schlechten Verlaufsergebnissen zu verzeichnen, es fanden sich jedoch mehr Frauen als Männer in der guten statt mittleren Ergebniskategorie wieder. 70% der Männer waren zum Zeitpunkt der Nacherhebung übermäßig mit Diäten oder Gedanken an Schlanksein beschäftigt, bei den Frauen waren dies nur 30%. Die Autoren folgern, daß das klinische Bild der Anorexia nervosa bei Männern und Frauen sehr ähnlich ist, sich bei den Männern jedoch ein Trend zum schlechteren Langzeit-Verlauf der Erkrankung abzeichnet. Einschränkend muß hier auf die Stichprobengröße der Studie verwiesen werden. Die Studie von Deter et al. (1998) aus Heidelberg lehnt sich ebenfalls an Burns & Crisp (1984) an und vergleicht den Langzeit-Verlauf der Anorexia nervosa von 12 Männern mit dem von 91 Frauen. Bei den Männern zeigte sich eine Polarisierung der Ergebnisse im Verlauf: Symptome der Eßstörung blieben hier im Verlauf bei den Männern stärker erhalten als bei den Frauen. Die Männer hatten zwar eine höhere Mortalitätsrate als die Frauen, aber auch eine bessere Prognose als die Frauen hinsichtlich psychosexueller Beeinträchtigung und sozialer Integration. Einschränkend muß hier wiederum erwähnt werden, daß die ohnehin sehr kleine Männerstichprobe dieser Studie zwei Fälle von schwerwiegenden körperlichen Erkrankungen enthält, die differentialdiagnostisch unzureichend abgegrenzt sind. Möglicherweise handelte es sich bei den Männer-Stichproben dieser Studien, wie bereits an anderer Stelle ausgeführt, um besonders schwer eßgestörte Gruppen von Männern, wodurch ein schlechteres Verlaufsergebnis zustande gekommen sein könnte. Es ist jedoch auch denkbar, daß die Männer der vorliegenden Arbeit in ihren Angaben eher zurückhaltend waren, zumal sie zum ersten Mal an einer Nachbefragung teilnahmen und darüber nicht wie die Frauen im Vorfeld, bei Erstmessung, informiert worden waren. Dies könnte sich in einer günstigeren Experteneinschätzung niedergeschlagen haben.

Die **Selbsteinschätzung** der eßstörungsspezifischen Symptomatik (EDI-Summenwert) zeigte einen für die untersuchten Männer mit Anorexia nervosa ebenfalls über die Zeit hinweg niedrigeren Wert als für die Frauen und bestätigt damit den für die Experteneinschätzung mittels PSR beschriebenen Trend. Der Unterschied zwischen Männern und Frauen war auch hier nicht signifikant, jedoch ist hier ebenfalls über die Zeit hinweg ein signifikanter Rückgang der Symptomatik zu verzeichnen ($p < .01$). Dieser Effekt wurde

auch in den Trendanalysen bestätigt: im Summenwert des EDI zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen anorektischen Männern und Frauen mit niedrigeren Werten der Männer über die Zeit hinweg ($p < .001$).

Bei den Frauen war 2 Jahre nach Erstmessung das Bedürfnis nach einem schlanken Körper deutlich stärker ausgeprägt als bei den Männern der Vergleichsgruppe ($p < .01$). Bei beiden Geschlechtern nahm dieses Bedürfnis jedoch im Verlauf kontinuierlich ab. Die Effekte der Zeit bzw. des Katamneseintervalls waren hier signifikant ($p < .01$) und auch in den Trendanalysen zeichnete sich diese Entwicklung signifikant ab ($p < .001$). Auch Woodside & Kaplan (1994) fanden bei anorektischen und bei bulimischen Männern niedrigere Werte im EDI und im Eating Attitudes Test (EAT) auf den Subskalen „Diätverhalten“ und „orale Kontrolle“ als bei den untersuchten Frauen. Die ambulant oder stationär behandelten Männer mit Anorexia nervosa und/oder Bulimia nervosa der Querschnittsstudie von Edwin & Andersen (1990) hatten auf dieser Skala des EDI ebenfalls niedrigere Werte zu verzeichnen als die Frauen der Vergleichsgruppe, was die Annahme bestätigt, daß Gewichtsverlust per se für Frauen mit Eßstörungen zentraler ist als für Männer. Fichter et al. (1985) hingegen fanden beim Vergleich männlicher und weiblicher Anorektiker bei Männern ein höheres Schlankeitsideal und auch mehr gedankliche Beschäftigung mit Essen, Gewicht und Kalorien. Es ist aber denkbar, daß hier eine besonders schwer erkrankte Subgruppe von männlichen Anorektikern befragt wurde. Auch Deter et al. (1998) fanden bei Männern mit Anorexia nervosa höhere Werte auf den EDI-Subskalen „Schlankeitsstreben“, „Bulimie“ und „Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper“ als bei Frauen, jedoch könnte auch hier ein gewisser Selektionsbias die Ergebnisse der ohnehin sehr kleinen Männer-Stichprobe ($N=10$) verzerrt haben. Da die Studie von Deter et al. (1998) an der medizinischen Universitätsklinik Heidelberg durchgeführt wurde, haben mit hoher Wahrscheinlichkeit auch hier besonders schwerwiegende Fälle von Männern mit Anorexia nervosa in das Datenmaterial Eingang gefunden. Die Befunde der vorliegenden Arbeit bestätigen aber weitgehend die Annahme aus der Literatur, daß im Unterschied zu Mädchen oder jungen Frauen ein besonders niedriges Körpergewicht nicht das primäre Ziel der Diätversuche bei anorektischen Männern ist.

Im Gegensatz zu den Befunden von Deter et al. (1998; s.o.) zeigte sich auf der Skala „Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper“ in den Daten der vorliegenden Arbeit ein signifikanter Unterschied zwischen anorektischen Männern und Frauen mit höheren Werten auf dieser Skala über die Zeit hinweg bei den untersuchten Frauen ($p < .05$).

Während die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper bei Männern kontinuierlich abnahm, stieg sie bei Frauen 2 Jahre nach Erstmessung noch einmal über das Niveau bei Erstmessung hinaus an, um dann ebenfalls kontinuierlich zurückzugehen. Der Effekt der Zeit bzw. des Katamneseintervalls war hier signifikant ($p < .01$), ebenso wie der abnehmende Gesamttrend bezogen auf die mit dieser Skala gemessene Symptomatik in den Trendanalysen ($p < .001$). Die Zunahme der Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper bei den Frauen 2 Jahre nach Erstmessung könnte durch eine Gewichtszunahme bis zu diesem Zeitpunkt (siehe Punkt 5.4.4) erklärt werden. Bis zum 6-Jahres-Zeitpunkt verloren die Frauen im Mittel wieder etwas an Gewicht, zu diesem Zeitpunkt scheinen aber auch schon mehr Bewältigungsstrategien vorhanden zu sein, da die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper – ebenso wie das Schlankheitsstreben – weiter abnahmen. Diese Befunde gehen konform mit Ergebnissen zum Verlauf von Bulimia nervosa von Fichter & Quadflieg (1997), die bei Frauen eine Verschlechterung der Symptomatik, gemessen unter anderem mit dem EDI, vom Ende der Therapie bis zum Katamnesezeitpunkt ca. 2 Jahre nach Therapieende, berichten. Diese Zeitspanne scheint also vor allem bei Frauen im Hinblick auf Rückfallprophylaxe und Beeinflussung eßstörungstypischer Kognitionen sehr wichtig zu sein. Höhere Werte auf der Skala „Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper“ bei Frauen im Vergleich zu Männern werden auch von Edwin & Andersen (1990) berichtet.

In den Paarvergleichen zeigte sich hinsichtlich der interozeptiven Wahrnehmung (Selbsteinschätzung mittels EDI) ein signifikanter Effekt des Katamnesezeitpunkts ($p < .01$), jedoch kein Effekt des Geschlechts. In Abhängigkeit von der Länge des Katamneseintervalls tritt also sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen eine Verbesserung der interozeptiven Wahrnehmung ein. Edwin & Andersen (1990) fanden auf dieser Skala des EDI ebenfalls keine geschlechtsspezifischen Unterschiede. Keel et al. (1998) fanden, daß sich Jungen der Normalbevölkerung mit eßgestörtem Verhalten von einer Kontrollgruppe vor allem durch negativere Emotionen und geringere interozeptive Wahrnehmung unterschieden. Die interozeptive Wahrnehmung könnte also bei Männern und Frauen mit Eßstörungen im Vergleich zur Normalbevölkerung allgemein beeinträchtigt sein, eine weitergehende Überprüfung dieser Möglichkeit ist im Rahmen der vorliegenden Arbeit mangels Kontrollgruppe jedoch nicht möglich.

Um einen datenimmanenten Geschlechtseffekt (Männer haben in der Regel per se ein höheres Körpergewicht als Frauen) zu eliminieren, wurden die **Gewichtsdaten** der

vorliegenden Arbeit an Daten der Normalbevölkerung standardisiert. Die Verwendung von Perzentilen ermöglichte einen Vergleich der Männer- und Frauendaten unabhängig von alters- und geschlechtsspezifischen Variationen des Körpergewichts (Hebebrand et al., 1996). Bei Erstmessung war ein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen mit Anorexia nervosa zu beobachten ($p < .01$). Männer hatten hier ein signifikant höheres Gewicht als Frauen, was darauf hindeuten könnte, daß selbst in der Akutphase der Erkrankung das Erreichen eines möglichst niedrigen Gewichts an sich nicht das primäre Ziel anorektischer Männer darstellt. Bemerkenswert war hier zwischen 6- und 12-Jahres-Zeitpunkt bei den Männern wieder eine gegenläufige Veränderung zu den Frauen. Die Männer nahmen an Gewicht ab, während viele der Frauen zwischen diesen Zeitpunkten an Gewicht zunahmen, so daß die Frauen 12 Jahre nach Erstmessung im Vergleich mit Daten aus der Normalbevölkerung deutlich höher lagen als die anorektischen Männer. In den Trendanalysen ergab sich hier ein signifikanter zunehmender Trend für beide Geschlechter über die Zeit hinweg ($p < .001$). Die erneute durchschnittliche Gewichtsabnahme der Männer zum 12-Jahres-Zeitpunkt kann nicht auf ein verstärktes Schlankeitsstreben zurückzuführen sein, da die EDI-Skala „Schlankeitsstreben“ (siehe Ausführungen oben) eine konstante Abnahme der Symptomatik über die Zeit hinweg anzeigte. Es scheint sich hier also eher um ein Einpendeln des Gewichts auf einer gewissen Stufe zu handeln und nicht notwendigerweise um eine Langzeitauswirkung der Eßstörung. Schneider & Agras (1987) sowie Edwin & Anderson (1990) fanden, daß das mittlere erwünschte Körpergewicht bei Männern mit Bulimia nervosa signifikant höher liegt als das von Frauen mit Bulimia nervosa. Bei Männern mit Anorexia nervosa ist diese Aussage, wie die vorliegenden Daten zeigen, scheinbar nur bedingt, nämlich kurz- und mittelfristig, haltbar. Hebebrand et al. (1996) geben BMI-Perzentile großangelegter epidemiologischer Studien aus den USA und Deutschland wieder. Die Daten dieser Studie stimmen mit den Daten der vorliegenden Arbeit bei Erstmessung und 6-Jahres-Katamese insofern überein, als prozentual mehr Frauen als Männer einen niedrigen BMI aufweisen. Im Langzeitverlauf zeigt sich ein umgekehrtes Bild, das mit den Befunden der Autoren nicht schlüssig zu erklären ist. Laut Hebebrand et al. (1996) entspricht das Gewichtskriterium von 85% des durchschnittlichen Körpergewichts bei Anorexia nervosa einem BMI von 17,1 bis 18,9 bei Frauen und 16,9 bis 21,0 bei Männern in der Altersgruppe 15 bis 29 Jahre. Epidemiologisch betrachtet entsprach dies der Spannweite zwischen dem 5. und 10. Centil für Männer und Frauen. Die Männer der vorliegenden

Arbeit lagen ab dem 2-Jahres Zeitpunkt über dem 10. Centil, während die Frauen der Studie bei 6-Jahres-Katamnese erneut einen Gewichtsabfall zu verzeichnen hatten. Eine von Hebebrand et al. (1996) beobachtete konstante Zunahme der Anzahl von Frauen mit besonders niedrigem BMI - relativ zu den Männern - mit zunehmendem Alter, bzw. im Falle der vorliegenden Untersuchung zu späteren Katamnesezeitpunkten, konnte nicht gefunden werden.

Hsu (1980) zieht in seinem Überblicksartikel über Studien zu Anorexia nervosa bei Frauen den Schluß, daß ca. 75% der untersuchten Probanden einer Stichprobe bei Katamnese (variierende Intervalle) v.a. im Hinblick auf das Körpergewicht eine deutliche Verbesserung erfahren. Diese Zahl hat sich hier im Langzeitverlauf bei Frauen und Männern bestätigt: 12 Jahre nach Erstmessung litten 25% der Männer und 31,4% der Frauen noch an einer Eßstörung, bzw. an einzelnen Symptomen einer Eßstörung.

Hinsichtlich des für Anorexia nervosa typischen **exzessiven Bewegungsdranges** ergaben sich zum Erstmessungs- und 6-Jahres-Zeitpunkt signifikante Unterschiede ($p < .01$) zwischen Männern und Frauen. Bei Erstmessung zeigten signifikant mehr Frauen, zum 6-Jahres-Zeitpunkt signifikant mehr Männer exzessiven Bewegungsdrang. Zum 6-Jahres-Zeitpunkt stieg auch das Gewicht der anorektischen Männer relativ zu dem der Frauen nochmals stark an, was mit erhöhtem Bewegungsdrang -im Sinne einer gegensteuernden Maßnahme- bei den Männern zu diesem Zeitpunkt verbunden sein könnte. Zum 12-Jahres-Zeitpunkt lag das durchschnittliche Gewicht der Frauen im Perzentilvergleich (siehe Punkt 5.4.4) über dem der Männer, signifikante Unterschiede hinsichtlich des Bewegungsdranges waren nicht mehr vorhanden. Bei Erstmessung, also in der akut-anorektischen, therapiebedürftigen Phase, zeigten die Männer hier also kein erhöhtes Bewegungsbedürfnis gegenüber den untersuchten Frauen, wie einige Studien dies hätten vermuten lassen (Fichter & Daser, 1987; Oyebode et al., 1988; Sharp et al., 1994). Die für die Anorexia nervosa charakteristische Hyperaktivität (Burns & Crisp, 1985; Sterling & Segal, 1985; Margo, 1987; Fichter et al., 1985) trat bei Männern im Vergleich zu den Frauen nur im mittelfristigen Verlauf verstärkt auf. Auf der EDI-Skala „Bulimie“ lagen die Werte der hier untersuchten Frauen zum 6-Jahres-Zeitpunkt deutlich über den Werten der Männer, was ein Hinweis darauf sein könnte, daß exzessive körperliche Bewegung bei Männern ein Äquivalent zum rigiden Diätverhalten bzw. bulimisch-gegensteuernden Maßnahmen bei Frauen darstellen könnte.

6.5 Verlauf der Bulimia nervosa bei Männern und Frauen

Hinsichtlich der **Diagnosenverteilung** im Verlauf fällt auf, daß 2 Jahre nach Erstmessung noch fast drei mal so viele Frauen wie Männer an einer Bulimia nervosa-purging Typus litten, während 6 Jahre nach Erstmessung mehr Männer als Frauen diese Diagnose aufwiesen. Bemerkenswert ist, daß 12 Jahre nach Erstmessung ausschließlich Frauen die diagnostischen Kriterien für eine Bulimia nervosa erfüllten. Eine vergleichbare Anzahl von Männern und Frauen mit Bulimia nervosa bei Erstmessung hatte 2 und 12 Jahre nach Erstmessung keine Eßstörung mehr. Auffällig ist hier, wie bei Anorexia nervosa, daß 6 Jahre nach Erstmessung wesentlich mehr Männer als Frauen an einer Eßstörung litten. Im mittelfristigen Verlauf scheint also bei den Männern eine Verschlechterung der Symptomatik im Vergleich zu den Frauen sehr wahrscheinlich, während langfristig (12 Jahre nach Erstmessung) das Geschlechterverhältnis hinsichtlich „Eßstörung-keine Eßstörung“ wieder ausgeglichen ist.

Ausschließlich bei den Männern trat im Verlauf die Diagnose Binge Eating Disorder auf, und zwar an Häufigkeit über die Zeit hinweg zunehmend. Auch die Diagnose Eßstörung-NNB war bei den Männern mit zunehmender Verlaufsduer häufiger vertreten. Bei den Frauen trat sie 6 Jahre nach Erstmessung gar nicht auf. Bei den Frauen scheint sich die Diagnose Bulimia nervosa in Reinform (purging und non-purging-Typus) über die Zeit hinweg zu halten, während mehr Männer gegensteuernde Maßnahmen über die Zeit hinweg aufgaben. Diese Ergebnisse gehen konform mit den Angaben von Carlat et al. (1997) und Kinzl, Traweger, Trefalt, Mangweth & Biebl, (1999), die vermuten, daß atypische Eßstörungen ein spezielles Problem v.a. von Männern sein könnten und bei Männern häufiger auftreten als bei Frauen. In ihrer Studie mit einer Stichprobe der österreichischen Normalbevölkerung folgern Kinzl et al. (1999), daß Männer ein im Vergleich zu Frauen geringeres Risiko haben könnten, eine Eßstörung mit vollem Symptombild zu entwickeln, partielle Symptome einer Bulimia nervosa oder Binge Eating Disorder dafür aber bei Männern durchaus häufig aufträten. Der Übergang zu einer Binge Eating Disorder und damit der Wegfall der gegensteuernden Maßnahmen nur bei den Männern der vorliegenden Arbeit könnte, wie schon Kinzl et al. (1999) vermuten, dadurch bedingt sein, daß westliche Gesellschaften Übergewicht eher bei Männern als bei Frauen tolerieren. Auch Männer tolerieren in der Folge dessen ein höheres Gewicht an sich als Frauen dies tun. Die Angst vor

übermäßiger Gewichtszunahme, Diätversuche als Folge davon und die Ausbildung einer klinisch bedeutsamen Eßstörung wären somit bei Frauen wahrscheinlicher. Ungefähr die Hälfte der untersuchten Männer und Frauen hatten im langfristigen Verlauf (12 Jahre nach Erstmessung) keine Eßstörung mehr. Bei Anorexia nervosa waren es immerhin jeweils drei Viertel der Männer und Frauen, die zu diesem Zeitpunkt bereits keine Eßstörung mehr hatten. Insgesamt scheint der Langzeitverlauf also bei Anorexia nervosa hinsichtlich der dichotomen Einteilung „Eßstörung-keine Eßstörung“ für Männer als auch Frauen günstiger zu sein als bei Bulimia nervosa. Dieses Ergebnis ist insofern interessant, als Fichter & Quadflieg (1997, 1999^a) für den mittelfristigen Verlauf (bis zu 6 Jahre nach Erstmessung) einen im Vergleich zu Anorexia nervosa günstigeren Verlauf der Bulimia nervosa fanden. Die Frauen dieser Stichprobe wurden, wie bereits erläutert, im Rahmen der *GLEDS (German Longitudinal Eating Disorders Study, Fichter & Quadflieg, 1997, 1999^a; Fichter et al., 1998)* untersucht bzw. nachbefragt. Die Stichprobe überlappt sich also mit der Frauenstichprobe der vorliegenden Arbeit, und ein Vergleich der Ergebnisse ist nur begrenzt aussagekräftig. Aber auch die Ergebnisse von Herzog, Dorer, Keel, Selwyn, Ekeblad, Flores, Greenwood, Burwell & Keller (1999) zum mittelfristigen Verlauf (Katamneseintervall im Mittel 7,5 Jahre) von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa bei N=246 Frauen ergaben ein ähnliches Bild: Frauen mit Bulimia nervosa hatten eine signifikant höhere Remissionsrate (74%) als Frauen mit Anorexia nervosa (33%). Auch teilweise Symptomfreiheit war bei Bulimia nervosa (99%) höher als bei Anorexia nervosa (83%). Aufgrund der Definition für „volle Remission“ (Symptome in einem Zeitraum von 8 Wochen nicht oder nur residual vorhanden) und „teilweise Remission“ (Symptomreduktion für einen Zeitraum von 8 Wochen) in dieser Studie analog dem LIFE-EAT-II ist es jedoch sehr wahrscheinlich, daß diese Angaben die wahren Werte überschätzen. Das Ergebnis von Herzog et al. (1999), daß bei Bulimia nervosa sowohl teilweise als auch vollständige Symptomfreiheit im Verlauf sehr wahrscheinlich sind, bestätigte sich für die vorliegende Arbeit hinsichtlich des Langzeitverlaufs. Keel & Mitchell (1997) fanden bei ihrer Literaturdurchsicht von 88 Studien zum Verlauf der Bulimia nervosa bei Frauen eine durchschnittliche Rate von 31% remittierter Fälle bis zu einem Jahr nach Erstmessung. 2 bis 4 Jahre nach Erstmessung lag die Rate bei 50% (Range 13% bis 69%) und nach mindestens 5 Jahren lag die Rate bei 48% (Range 31% bis 60%). Insbesondere im mittelfristigen Verlauf lagen die bulimischen Männer der vorliegenden Studie deutlich unter der Remissions-Rate von Keel & Mitchell (1997) und auch deutlich unter der

Remissions-Rate der Frauen. Dies könnte möglicherweise auf die Auswahl einer besonders schwer eßgestörten Teilgruppe von Männern zurückzuführen sein, oder aber auch darauf, daß für Männer mittelfristig ein höheres Rückfallrisiko bzw. ein höheres Risiko für Verschlechterungen der Symptomatik besteht.

Übergänge von Bulimia nervosa zu Anorexia nervosa fanden weder bei den Männern noch bei den Frauen der vorliegenden Arbeit statt. Da keine systematischen Untersuchungen zu „**Crossovers**“ (Diagnosenwechsel) von Bulimia nervosa zu Anorexia nervosa bei Männern vorliegen, ist ein Vergleich der Männerdaten mit Daten aus der Literatur nicht möglich. Für Frauen mit Bulimia nervosa geben Herzog et al. (1988) in ihrem Überblicksartikel Werte von 21% bis 50% für den Wechsel zu Anorexia nervosa (bei Katamneseintervallen von 1-6 Jahren) an. Keel & Mitchell (1997) geben Cross-over-Raten von 0 bis 7% an, Quadflieg & Fichter (2003) schätzen diese Quote für DSM-IV-Diagnosen etwas zu hoch ein und fanden selbst eine Rate von Übergängen zu Anorexia nervosa von 1,6% nach 2 Jahren und 3,7% nach 6 Jahren (Fichter & Quadflieg, 1997). Die Daten der vorliegenden Arbeit deuten darauf hin, daß ein Diagnosenwechsel von Bulimia nervosa zu Anorexia nervosa im Verlauf sowohl für Männer als auch für Frauen nicht wahrscheinlich ist. Eine im Verlauf der Bulimia nervosa zunehmende Fokussierung auf ein möglichst niedriges Körpergewicht und eine damit verbundene Einstufung in die diagnostische Kategorie „Anorexia nervosa“ war bei beiden Geschlechtern nicht zu beobachten. Ein Wechsel von Anorexia nervosa zu Bulimia nervosa (purging-Typus) ist hingegen sowohl bei Männern als auch Frauen eher wahrscheinlich bzw. möglich.

Die Männer mit Bulimia nervosa wurden in der **Experteneinschätzung** bei Katamnese hinsichtlich eßstörungsspezifischer Symptomatik 2 und 12 Jahre nach Erstmessung niedriger eingestuft als die Frauen der Vergleichsstichprobe. 6 Jahre nach Erstmessung zeigte sich bei den Männern jedoch eine erneute Zunahme der Symptome über das 2-Jahres-Niveau der Frauen hinaus. Die Männer wiesen hier also immer noch bzw. wieder deutliche Symptome der Eßstörung, wenn auch nicht den vollständigen DSM-IV Kriterien entsprechend, auf. Die beobachteten Effekte waren statistisch nicht signifikant, dennoch zeigte sich hier im Gegensatz zu Anorexia nervosa, daß im mittelfristigen Verlauf bei den Männern eine Verschlechterung der Symptomatik im Vergleich zu den Frauen sehr wahrscheinlich ist, während langfristig (ca. 12 Jahre nach

Erstmessung) das Geschlechterverhältnis hinsichtlich „Eßstörung - keine Eßstörung“ wieder ausgeglichen ist. Auch in den Trendanalysen zeigte sich über die Zeit hinweg ein signifikant abnehmender Trend in den Expertenratings bzw. in der durch die Experten eingeschätzten eßstörungsspezifischen Symptomatik über die Zeit hinweg ($p < .05$). Eine derartige Verschlechterung der Symptomatik bei Männern mit Bulimia nervosa im mittelfristigen Verlauf ist in der Literatur bisher nicht berichtet worden. Die einzige Studie, die den Verlauf der Bulimia nervosa bei Männern untersucht und mit dem bei Frauen eher kasuistisch vergleicht, ist die Arbeit von Mitchell & Goff (1985). Die Autoren stellten im wesentlichen Ähnlichkeiten in den Verläufen fest, die Stichprobe nachuntersuchter Männer war jedoch auch hier sehr klein ($N=8$).

In der **Selbsteinschätzung** der eßstörungsspezifischen Symptomatik (EDI-Summenwert) bestätigten sich die in der Experteneinschätzung gefundenen Unterschiede: 6 Jahre nach Erstmessung schätzten die Männer ihre Symptomatik deutlich ausgeprägter ein als die Frauen (statistisch nicht signifikant). Lediglich bei Erstmessung und 12-Jahres-Katamnese lagen die Werte der Männer wesentlich niedriger als die der Frauen. In den Trendanalysen zeigte sich hier wiederum ein signifikant abnehmender Trend ($p < .001$) für beide Geschlechter über die Zeit hinweg und eine signifikante Interaktion ($p < .05$): die geschätzten mittleren Verläufe der bulimischen Symptomatik (EDI-Summenwert) wiesen über die Zeit hinweg signifikante geschlechtsspezifische Effekte auf. Frauen wiesen hier im Verlauf eine günstigere Entwicklung auf als Männer.

Hinsichtlich ihres Schlankheitsstrebens wiesen Männer und Frauen mit Bulimia nervosa sehr ähnliche Werte über die Zeit hinweg auf. In den Trendanalysen ergab sich wiederum ein signifikant abnehmender Effekt über die Zeit hinweg für beide Geschlechter ($p < .001$). Carlat & Camargo (1991) stellen in ihrem Überblicksartikel zu Bulimia nervosa bei Männern fest, daß „bulimische Männer sich weniger Sorgen wegen ihrer Eßattacken machen und strenge Gewichtskontrolle für sie weniger von Belang ist als für bulimische Frauen“ (S. 838). Auch Edwin & Anderson (1990) und Schneider & Agras (1987) stellen fest, daß das mittlere erwünschte Körpergewicht bei Männern mit Bulimia nervosa höher liegt als das von Frauen mit Bulimia nervosa und daß Männer eine realistischere Einstellung bezüglich ihres Körpergewichts, also auch ein weniger ausgeprägtes Schlankheitsstreben, aufweisen als Frauen. Die Männer mit Anorexia nervosa und/oder Bulimia nervosa der Studie von Edwin & Andersen (1990) hatten auf dieser Skala des EDI sehr viel niedrigere Werte zu verzeichnen als die Frauen der Vergleichsgruppe. Bei Schneider & Agras (1987) hatten bulimische Männer ($N=15$) im

Vergleich zu Frauen niedrigere Werte sowohl im EAT (Eating Attitudes Test) als auch im EDI. Diese Ergebnisse legen die Annahme nahe, daß reine Gewichtsabnahme für Frauen mit Bulimia nervosa zentraler ist als für Männer. Die in der vorliegenden Arbeit dargestellten Ergebnisse für Bulimia nervosa belegen einen diesbezüglichen Unterschied zwischen den Geschlechtern nicht so eindeutig. Bei Anorexia nervosa wiesen die Männer hier eine deutlich bessere Entwicklung auf (siehe EDI-Summenwert und EDI-Subskalen „Schlankheitsstreben“ und „Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper“).

Bulimische Symptome waren bei den untersuchten Frauen bei Erstmessung signifikant stärker ausgeprägt als bei den Männern der Vergleichsgruppe ($p < .05$). Bei den Männern kam es 6 Jahre nach Erstmessung zu einer erneuten deutlichen Zunahme der Symptomatik im Vergleich zu den Frauen. In den Trendanalysen zeigte sich hier eine signifikante Interaktion ($p < .05$). Hier besteht also ein signifikanter geschlechtsspezifischer Unterschied im Verlauf der bulimischen Verhaltensweisen. Der abnehmende Trend war signifikant ($p < .001$). Die Mittelwerte bei Erstmessung waren allerdings bei Männern und Frauen hier schon sehr unterschiedlich, was eine unterschiedliche Entwicklung über die Zeit hinweg wahrscheinlicher macht. Frauen neigen im Vergleich zu Männern in der Selbsteinschätzung bereitwilliger dazu, das Essen größerer Mengen als Eßattacke zu deklarieren (LaPorte, 1997). Dies könnte zu dem großen Unterschied bei Erstmessung geführt haben. Die Verschlechterung der Symptomatik bei den Männern zum 6-Jahres-Zeitpunkt ist kongruent mit den obengenannten Ergebnissen der Experteneinschätzung für Bulimia nervosa und der Effekt ist bei Anorexia nervosa so nicht zu finden. Es scheint also für die ehemals oder noch bulimischen Männer 6 Jahre nach Erstmessung/Behandlung eine besondere Gefahr für Rückfälle zu bestehen und damit auch ein besonderer Bedarf an medizinisch-psychologischen Interventionen in dieser Zeit.

Die Männer wiesen gegenüber den Frauen eine größere Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper auf, welche über die Zeit hinweg auch nur geringfügig abnahm. Der größte Unterschied lag hier wiederum 6 Jahre nach Erstmessung. Keines dieser Ergebnisse erreichte statistische Signifikanz. In den Trendanalysen zeigte sich jedoch wiederum ein signifikant abnehmender Trend über die Zeit hinweg ($p < .001$). Ein möglicher Grund für die größere Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper könnte eine Vorgeschichte von (prämorbidem) Übergewicht sein: so waren die Männer mit Bulimia nervosa in Carlat et al.'s (1997) Studie im Vergleich zu denen mit Anorexia nervosa oder nicht näher bezeichneten Eßstörungen signifikant häufiger vor Beginn der

Eßstörung und bei Erstmessung übergewichtig. Über 60% der von Andersen (1992) untersuchten Männer waren als Kinder oder Jugendliche übergewichtig. In der Studie von Herzog et al. (1984) hatten 64% der bulimischen Männer prämorbidem Übergewicht, bei den Frauen waren es lediglich 37%. Im Unterschied zu Mädchen oder jungen Frauen ist ein besonders niedriges Körpergewicht aber nicht das primäre Ziel der Diätversuche bei jungen Männern, sondern es geht zudem um das Aufbauen von Muskelmasse bzw. von bestimmten Muskelgruppen (Andersen, 1997). Dies könnte bedeuten, daß alleine eine Gewichtsabnahme bei bulimischen Männern noch nicht automatisch zu einer höheren Zufriedenheit mit dem eigenen Körper führt, sondern daß, um dieses Ziel zu erreichen, bestimmte sozial erwünschte und soziokulturell geprägte, mesomorphe Körperformen ausgebildet werden müssen.

In den Trendanalysen ergab sich auf der Skala „Interozeptive Wahrnehmung“ ein signifikanter Effekt des Geschlechts mit niedrigeren Werten bei den bulimischen Männern ($p < .05$). Keel et al. (1998) fanden, daß sich Jungen der Normalbevölkerung mit eßgestörtem Verhalten von einer Kontrollgruppe vor allem durch negativere Emotionen und geringere interozeptive Wahrnehmung unterschieden. Fichter et al. (1994) fanden auf der Skala „Interozeptive Wahrnehmung“ des EDI signifikante Unterschiede zwischen uni- und multi-impulsiven bulimischen Frauen. Die multi-impulsiven Frauen zeigten auf dieser Skala mehr Pathologie, was, übertragen auf die Ergebnisse der vorliegenden Studie, ein Hinweis auf mehr Impulsivität bei den untersuchten Frauen sein könnte.

Hinsichtlich der Daten zum **Körpergewicht** zeigte sich in den Trendanalysen ein signifikant abnehmender Trend ($p < .01$) mit einem ebenfalls signifikanten Geschlechtseffekt ($p < .0001$). Die Männer lagen mit ihrem Körpergewicht bereits bei Erstmessung und über alle Messzeitpunkte hinweg im standardisierten Vergleich mit Daten aus der Normalbevölkerung über dem der Frauen. Diese Ergebnisse gehen konform mit Befunden aus der Literatur: Schneider & Agras (1987) sowie Edwin & Anderson (1990) fanden, daß das mittlere Körpergewicht und auch das gewünschte Gewicht bei Männern mit Bulimia nervosa signifikant höher liegt als das von Frauen mit Bulimia nervosa. Die Männer mit Bulimia nervosa ($N=62$) der Studie von Carlat et al. (1997) hatten signifikant häufiger als die Männer mit Anorexia nervosa oder Eßstörungen-NNB an prämorbidem Übergewicht gelitten. Zudem lag sowohl das Aufnahmegewicht als auch das niedrigste und höchste jemals erreichte Gewicht dieser Männer deutlich höher als

das der genannten Vergleichsgruppen. All dies legt nahe, daß Männer mit Bulimia nervosa allgemein eine weniger auf reinen Gewichtsverlust fokussierte Einstellung bezüglich ihres Körpergewichts aufweisen und allgemein weniger besorgt sind um ihr Körpergewicht als Männer mit anderen Eßstörungen und als Frauen mit Bulimia nervosa. Von 2 bis 12 Jahren nach Erstmessung kam es bei den untersuchten Männern im Mittel zu einem kontinuierlichen Abfall der Gewichts-Perzentil-Kurve. Wie bei den Frauen, bei denen sich die BMI-Perzentile konstant auf einem niedrigeren Niveau bewegten, deutete sich im Langzeitverlauf ein Einpendeln eines Normalgewichts an. Da das Schlankheitsstreben über die Zeit hinweg auch abnahm (gemessen mit der entsprechenden Skala des EDI), ist das Absinken des Gewichts bzw. die Veränderung der BMI-Perzentile über die Zeit hinweg nicht als unmittelbar eßstörungsbedingt anzusehen. Hebebrand et al. (1996) gehen in ihrer Arbeit zu BMI-Perzentilen bei Männern und Frauen lediglich auf Untergewicht im Zusammenhang mit Anorexia nervosa ein. Die Autoren fanden jedoch generell, daß in der Altersgruppe von 18 bis 30 Jahren prozentual wesentlich mehr Frauen als Männer in den niedrigeren BMI-Klassen zu finden sind und daß diese Frauen im Vergleich zu den Männern in dieser Zeit weniger Gewicht zunehmen. Es ist also durchaus denkbar, daß sich dieses epidemiologische Phänomen in den Daten der vorliegenden Arbeit wiederfindet.

Hinsichtlich des **exzessiven Bewegungsdranges** ergaben sich bei Bulimia nervosa zum 2-Jahres- und 6-Jahres-Zeitpunkt signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Sowohl zum 2-Jahres-Zeitpunkt ($p < .01$) als auch zum 6-Jahres-Zeitpunkt ($p < .05$) zeigten mehr Männer exzessiven Bewegungsdrang. Das Gewicht der bulimischen Männer lag im Vergleich mit standardisierten Daten aus der Normalbevölkerung bei Erstmessung zum 2-Jahres- ($p < .01$) und auch 6-Jahres-Zeitpunkt ($p < .05$) signifikant über dem der Frauen, was ausschlaggebend sein könnte für einen erhöhten Bewegungsdrang bei den Männern als Möglichkeit zur Gewichtskontrolle bzw. als Äquivalent zum Diätverhalten und den bulimisch-gegensteuernden Maßnahmen bei Frauen zu diesen Zeitpunkten. Im Langzeitverlauf gab es keine signifikanten Unterschiede mehr hinsichtlich des Bewegungsdranges und auch des Körpergewichts bei Männern und Frauen, im langfristigen Verlauf scheinen sich diese Unterschiede also zu nivellieren. Bei Erstmessung, also in der Akutphase der Erkrankung, zeigten die Männer kein erhöhtes Bewegungsbedürfnis gegenüber den untersuchten Frauen, wie Befunde von anorektischen Männern dies hätten vermuten lassen: sowohl Sharp et al. (1994; N=24

Männer) als auch Oyeboade et al. (1988; N=13 Männer) fanden bei anorektischen Männern im Vergleich zu Frauen erhöhten Bewegungsdrang. In beiden Studien werden jedoch weder zu den verwendeten Kriterien, noch zu diagnostischen Kategorien (restriktive oder binge eating-/purging-Typus) Angaben gemacht. Die Ergebnisse sind daher schwer vergleich- und interpretierbar.

Was die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper anbelangt, so war diese bei den untersuchten Männern im gesamten Verlauf und insbesondere 2 und 6 Jahre nach Erstmessung deutlich ausgeprägter als bei den Frauen. Diese gesteigerte Unzufriedenheit könnte als Auslöser für den erhöhten Bewegungsdrang bei Männern gesehen werden. Dies stützt die obengenannte These, daß Männer mit Bulimia nervosa Bewegung nicht nur als Mittel, Gewicht abzunehmen, sondern auch als Mittel, die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper zu erhöhen und die Funktionsfähigkeit des eigenen Körpers unter Beweis zu stellen, einsetzen könnten. Systematische Untersuchungen zu geschlechtsspezifischen Unterschieden im Bewegungsdrang bei Bulimia nervosa liegen derzeit nicht vor. Bei Anorexia nervosa ist ausgeprägterer Bewegungsdrang/Hyperaktivität bei Männern im Vergleich zu Frauen in einigen Studien dokumentiert (Oyeboade et al., 1988; Sharp et al., 1994; Burns & Crisp, 1985; Sterling & Segal, 1985; Margo, 1987). Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit lassen den Schluß zu, daß hier im Verlauf auch bei Bulimia nervosa geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen, die auf ihre Ursachen bzw. ihre zugrundeliegende Motivation hin -vor dem Hintergrund des aktuellen Körpergewichts- untersucht werden sollten.

Zusammenfassung

Nach Auswertung der maximal möglichen Datenmenge in den Trendanalysen ergab sich ein über die Zeit von 12 Jahren hinweg abnehmender linearer Trend in fast allen Bereichen der eßstörungsspezifischen Symptomatik sowohl bei Männern als auch bei Frauen mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa. Beide Eßstörungen verliefen bei Männern und Frauen sehr ähnlich, allerdings wiesen die Männer der vorliegenden Stichprobe in vielen Bereichen der eßstörungsspezifischen Symptomatik sowohl in der Selbsteinschätzung als auch in der Experteneinschätzung ein niedrigeres Ausgangsniveau der Symptomatik auf.

Es scheint weitere geschlechtsspezifische Besonderheiten des Verlaufs von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa zu geben:

Bei Anorexia nervosa zeigten sich bei den untersuchten Männern im Vergleich zu den Frauen die aus der Literatur (Woodside & Kaplan, 1994) zu erwartenden Unterschiede hinsichtlich Schlankheitsstreben und Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper. Die Männer hatten hier niedrigere Werte auf den entsprechenden Skalen des Eating Disorder Inventory als die Frauen. Bei den untersuchten Frauen zeigte sich im Zeitraum von Erstmessung bis 6-Jahres Katamnese oft keine so deutliche Besserung der eßstörungsspezifischen und komorbiden Symptomatik wie bei den Männern.

Bei Bulimia nervosa war bei den untersuchten Männern im mittelfristigen Verlauf (6 Jahre nach Therapie bzw. Erstmessung) eine erneute Verschlechterung der Symptomatik zu verzeichnen, was auf ein erhöhtes Rückfallrisiko bei bulimischen Männern in diesem Zeitraum schließen läßt. Dieser Effekt kann als stabil bezeichnet werden, da er sich sowohl in der Selbsteinschätzung (EDI) als auch in der Experteneinschätzung (PSR) und auch in der komorbiden Symptomatologie wiederfindet. In der Literatur existieren keine Hinweise darauf, daß dieser Zeitraum vor allem für Männer mit Bulimia nervosa besondere Rückfallrisiken birgt bzw. bergen könnte. Insofern ist dieses Ergebnis bedeutsam und sollte im Hinblick auf Programme zur (Langzeit-) Rückfallprophylaxe Beachtung finden, um den Verlauf der Bulimia nervosa möglichst nachhaltig günstig beeinflussen zu können.

Die Daten der vorliegenden Arbeit gehen konform mit den Ergebnissen von Fichter & Quadflieg (1997; 1999^a) zum Verlauf der Anorexia nervosa und Bulimia nervosa bei Frauen, wonach der Langzeit-Verlauf der beiden Eßstörungen insofern ähnlich ist, als mit zunehmender Länge des Katamneseintervalls die Zahl der verbesserten oder remittierten Fälle ansteigt. Es konnte hier jedoch nicht beobachtet werden, daß mit Fortschritt der Verlaufsahre die Mortalität unverhältnismäßig stark anstieg, wie Befunde aus der Literatur dies hätten erwarten lassen (Theander, 1985; Fichter & Quadflieg, 1997). Hinsichtlich der Gesamtmortalitätsrate kann der Verlauf der Anorexia nervosa über die Geschlechter hinweg als ungünstiger bezeichnet werden als der Verlauf der Bulimia nervosa. Innerhalb der Anorexia nervosa hatten die Männer wiederum eine niedrigere Gesamtmortalität als die Frauen, bei der Bulimia nervosa gab es hier keinen Unterschied zwischen Männern und Frauen.

Das Verlaufsergebnis nach 12 Jahren war sowohl bei Anorexia nervosa als auch Bulimia nervosa hinsichtlich des Vorhandenseins einer Eßstörung (ohne Beachtung subklinischer Syndrome) sehr günstig und vielversprechend. Befunde von Hsu (1980) zu Verlaufsdaten anorektischer Frauen wurden hier bestätigt, wonach im Langzeitverlauf ca. 75% der ehemals eßgestörten Personen als remittiert betrachtet werden können.

6.6 Komorbidität psychiatrischer Psychopathologie

Anorexia nervosa

Ein signifikanter Unterschied ($p < .05$) in den **Lebenszeit-Prävalenzen** komorbider Störungen zwischen Männern und Frauen mit Anorexia nervosa ergab sich bei der Achse I-Komorbidität lediglich bei einer Subform der *affektiven Störungen*: die anorektischen Männer wiesen mehr Dysthymien, also leichtere Formen von Depression, im Krankheitsverlauf auf als die anorektischen Frauen. Bei der Major Depression hingegen lagen die Frauen mit 61,0% deutlich über den Männern der Vergleichsstichprobe (47,5%). Dieser Unterschied erreichte jedoch nicht statistische Signifikanz. Auf Grundlage der vorliegenden Daten kann man davon ausgehen, daß anorektische Männer gehäuft zu einer eher chronischen depressiven Verstimmung (siehe Definition der Dysthymie in DSM-IV) neigen als anorektische Frauen. Es ist jedoch auch denkbar, daß dieser Unterschied durch ein geschlechtsspezifisches Antwortverhalten zustande gekommen ist, bei dem die Männer im Vergleich zu den Frauen Symptome einer Depression weniger deutlich ansprechen bzw. tendenziell verharmlosen. In den Interviews vermittelte sich des öfteren der Eindruck, daß dies bei Männern mit Anorexia nervosa der Fall ist. In der Selbsteinschätzung der Depressivität mittels SCL-90-R hatten die anorektischen Männer im Paarvergleich jedoch auch durchweg niedrigere Werte als die Frauen. Dieser Effekt erreichte statistische Signifikanz. Experten- und Selbsteinschätzung zusammen erhärten den Eindruck, daß die anorektischen Männer zu weniger ausgeprägten Formen der Depression neigen. Der Männer-Frauen-Vergleich in den Studien von Striegel-Moore et al. (1999^b) und Woodside et al. (2001) ergab, daß die Frauen (über alle Eßstörungen hinweg) signifikant häufiger als die Männer an einer affektiven Störung oder Anpassungsstörung leiden, was hier so über alle affektiven Störungen hinweg nicht bestätigt werden konnte.

Einige Studien berichten bei Männern mit Eßstörungen im Vergleich zu männlichen Kontrollgruppen eine größere Neigung sowohl zu *affektiven Störungen* als auch zu *Substanz-/Alkoholabusus* sowie *Substanz-/Alkoholabhängigkeit* (Woodside et al., 2001; Olivardia et al., 1995; Striegel-Moore et al., 1999^a, 1999^b). Leider berichten nur zwei Studien ihre Ergebnisse zu komorbiden psychiatrischen Störungen bei Männern mit Eßstörungen nach diagnostischen Subtypen der Eßstörung differenziert: 55% der anorektischen Männer in Carlat et al.'s Studie (1997) wiesen eine „lifetime“-Diagnose

einer Major Depression auf, Substanzabusus (inklusive Alkohol) lag bei 17% der männlichen Anorektiker vor. Bei Striegel-Moore et al. (1999^a) litten 36% der anorektischen Männer an einer affektiven Störung, ebenso viele wiesen Substanzabusus bzw. –abhängigkeit (inklusive Alkohol) auf. Die lifetime-Prävalenzen für Major Depression bei den anorektischen Männern der vorliegenden Arbeit (47,5%) stimmen gut mit den Angaben von Carlat et al. (1997) überein, die Gesamt-Werte für affektive Störungen (69,5%) lagen jedoch weit höher. Diesem Ergebnis könnte ein Selektionsbias zugrunde liegen: die Männer der Studie von Carlat et al. (1997) wurden im Massachusetts General Hospital behandelt, während die Männer der vorliegenden Arbeit vorwiegend in Spezialeinrichtungen für Eßstörungen behandelt wurden und daher möglicherweise per se schwerere Störungen aufwiesen.

Hinsichtlich substanzinduzierter Störungen stimmen die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit (32,2%) gut mit den Angaben Striegel-Moore et al.'s (1999^a) überein. Alkoholabhängigkeit („lifetime“) trat in der Studie von Woodside et al. (2001) signifikant häufiger bei den Männern auf. Auch die Männer der vorliegenden Studie wiesen bei der Alkoholabhängigkeit höhere Werte auf (16,9%) als die Frauen (6,8%), dieser Unterschied war jedoch nicht statistisch signifikant. Die Lebenszeit-Prävalenzen hinsichtlich Alkoholabusus (8,5%) waren bei beiden Geschlechtern identisch. Bei mehr anorektischen Männern als Frauen scheint also der Alkoholmißbrauch tatsächlich auch in eine Alkoholabhängigkeit zu führen.

Insgesamt spiegeln diese Daten Befunde aus der Normalbevölkerung wider, die zeigen konnten, daß mehr Männer als Frauen zu Alkoholabhängigkeit neigen, während mehr Frauen als Männer zu affektiven Störungen neigen. Ein Vergleich der Ergebnisse der Epidemiologic Catchment Area Study (ECA) aus den USA und der Upper Bavarian Study (UBS) von Fichter, Narrow, Roper, Rehm, Elton, Rae, Locke & Regier (1996) zeigt, daß Alkoholmißbrauch bzw. Alkoholabhängigkeit die am häufigsten auftretende Störung bei Männern der Normalbevölkerung ist. Bei Frauen treten affektive Störungen (UBS) bzw. Phobien (ECA) am häufigsten auf. Die 6-Monats-Prävalenz für irgendeine DSM-III-Störung (Achse I) lag bei 18,5% (UBS) versus 18,0% (ECA), also deutlich niedriger als die „lifetime“-Prävalenzen der vorliegenden Arbeit. Daten aus dem National Comorbidity Survey (NCS) aus den USA liefern Angaben zu „lifetime“-Prävalenzen von DSM-III-R-Störungen in der Normalbevölkerung (Kessler, McGonagle, Zhao, Nelson, Hughes, Eshleman, Wittchen & Kendler, 1994). Auch hier liegen die Werte der Normalbevölkerung mit 48% für irgendeine Störung „lifetime“ und

17% für Major Depression „lifetime“ deutlich niedriger als die Werte der vorliegenden Arbeit. Lediglich hinsichtlich der Alkoholabhängigkeit ergaben sich vergleichbare „lifetime“-Werte im NCS (14%). Insgesamt bestätigen sich hier Befunde aus der Literatur (z.B. Olivardia et al., 1995), da die eßgestörte Stichprobe der vorliegenden Arbeit in den meisten Bereichen deutlich mehr Komorbidität als die Normalbevölkerung aufweist.

Bei den *Angststörungen* traten die deutlichsten, jedoch nicht signifikanten, Unterschiede zwischen Männern und Frauen mit Anorexia nervosa bei den sozialen Phobien und Zwangsstörungen auf. Während mehr Frauen als Männer irgendwann in ihrem Leben an einer sozialen Phobie litten, hatten mehr Männer als Frauen jemals in ihrem Leben eine Zwangsstörung. Auch in Sharp et al.'s (1994) Studie mit 24 anorektischen Männern wiesen mehr als die Hälfte der Männer zwanghafte Persönlichkeitseigenschaften auf. Leider wird in dieser Studie weder die Erhebungsmethodik hierzu noch die diagnostische Relevanz bzw. klinische Bedeutsamkeit konkretisiert. Gemessen mit der SCL-90-R (Selbsteinschätzung) hatten Männer und Frauen der vorliegenden Arbeit zum Erstmessungszeitpunkt im Paarvergleich eine identisch ausgeprägte Ausgangssymptomatik. Bei den Männern nahm die Symptomatik über die Zeit hinweg kontinuierlich ab, während sich bei den Frauen bis zur 6-Jahres Katamnese eine Stagnation abzeichnete. Der Effekt des Geschlechts war hier signifikant ($p < .05$), mit niedrigeren Werten bei den untersuchten Männern. Die „Perfektionismus“-Skala des EDI mißt ebenfalls zwanghafte Persönlichkeitseigenschaften. Hier ergaben sich jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Edwin & Andersen (1990) stellen allgemein fest, daß sehr niedriges Gewicht vor allem mit gesteigerter Zwanghaftigkeit und Angstsymptomen einhergeht. In akuten Phasen der Erkrankung müsse also mit einer Intensivierung auch dieser komorbiden Symptomatik gerechnet werden. Insofern erscheint ein Rückgang der Symptomatik über die Zeit hinweg - bei fortschreitender Remission - plausibel, die Befunde zu geschlechtsspezifischen Unterschieden bei Zwangsstörungen aus den Daten der vorliegenden Arbeit sind nicht ganz eindeutig.

Insgesamt litten weniger Männer als Frauen mit Anorexia nervosa jemals in ihrem Leben an einer Angststörung. Hinsichtlich phobischer Angst und Ängstlichkeit (Selbsteinschätzung mittels SCL-90-R) wiesen die Männer im Verlauf ebenfalls fast durchweg niedrigere Werte auf als die anorektischen Frauen, bei der phobischen Angst war dieser Effekt 6 Jahre nach Erstmessung im Paarvergleich signifikant ($p < .01$).

Daten aus der Normalbevölkerung des National Comorbidity Survey (NCS) aus den USA zeigen, daß in der Normalbevölkerung mit einer „lifetime“-Prävalenz von 13% bei sozialer Phobie zu rechnen ist (Kessler et al., 1994). Die Männer mit Anorexia nervosa lagen unterhalb dieses Wertes. Vergleichsdaten des Gesundheitssurveys aus Deutschland von Wittchen, Müller, Pfister, Winter & Schmidtkunz (1999) geben eine 4-Wochen-Querschnitts-Prävalenz von 9% für Angststörungen an. Die „lifetime“-Prävalenzen lagen sowohl bei den untersuchten Frauen als auch Männern mit Anorexia nervosa deutlich über diesem Richtwert.

Hinsichtlich *psychotischer Störungen* unterschieden sich die anorektischen Männer und Frauen der vorliegenden Stichprobe mit einer Lebenszeit-Prävalenz von 1,7% nicht voneinander und lagen weit unter den Werten, die Striegel-Moore et al. (1999^a, 1999^b) bei Männern mit Anorexia nervosa (meist Sekundärdiagnose) fanden: diese wiesen signifikant häufiger organisch bedingte (16%) und schizophrene bzw. psychotische Störungen (36%) auf als die untersuchten Frauen. Die Autoren erklären diese hohen Werte mit dem Vorliegen einer möglicherweise distinkten, bislang wenig bekannten, Subform der Anorexia nervosa. Wahrscheinlicher erscheint jedoch, wie die Autoren ebenfalls einräumen, daß die Werte durch das höhere Durchschnittsalter der männlichen Stichprobe und die differentialdiagnostisch unzureichende Abgrenzung der organisch bedingten psychischen Störungen von substanzinduzierten Störungen in dieser Studie zustande kamen.

Vergleichende Daten zu *Achse II-Komorbidität* bei Männern und Frauen mit Anorexia nervosa wurden in der vorliegenden Arbeit für die Borderline-Persönlichkeitsstörung erhoben. Deutlich mehr anorektische Frauen als Männer wiesen hier eine Borderline-Persönlichkeitsstörung auf, wobei eine statistische Signifikanz knapp verfehlt wurde ($p = .051$). Der Vergleich zwischen Männern und Frauen in der Studie von Striegel-Moore et al. (1999^b) zeigte, daß die Frauen (über alle Eßstörungen hinweg) ebenfalls signifikant häufiger als die Männer an einer Persönlichkeitsstörung (v.a. Borderline Persönlichkeitsstörung) litten. Impulsivität als eines der zentralen Merkmale der Borderline-Persönlichkeitsstörung könnte hier eine wichtige Rolle spielen. Edwin & Andersen (1990) berichten bei den von ihnen untersuchten anorektischen und/oder bulimischen Männern und Frauen (sowohl restriktive als auch bulimische Anorexia nervosa) deutlich höhere Werte als in der Normalbevölkerung auf den MMPI-Skalen (Minnesota

Multiphasic Personality Inventory) für Impulsivität und Ablehnung typisch männlicher Interessen und männlicher Geschlechtsrollenidentität. Die Verwendung unterschiedlicher Instrumente zur Persönlichkeitsdiagnostik erschwert einen direkten Vergleich an dieser Stelle. Laut Andersen (1993) lassen sich bei Männern mit Eßstörungen darüber hinaus häufig zwanghafte und antisoziale Persönlichkeitsstörungen feststellen. Vergleichswerte für diese und weitere Persönlichkeitsstörungen für Männer und Frauen liegen für die vorliegende Arbeit nicht vor, da bei den untersuchten Frauen lediglich die Borderline-Persönlichkeitsstörung erfaßt wurde. Die Tatsache, daß anorektische Männer häufiger als die Frauen der Vergleichsgruppe die „lifetime“-Diagnose einer Zwangsstörung aufwiesen, könnte jedoch als Hinweis in die Richtung gewertet werden, daß zwanghafte Persönlichkeitszüge bei Männern mit Anorexia nervosa eine möglicherweise wichtigere Rolle spielen als bei Frauen, die unter dieser Eßstörung leiden.

In der **Selbsteinschätzung** der allgemeinen Psychopathologie im Verlauf ergab sich zusammenfassend folgendes Bild: im „General Symptomatic Index“ (GSI) der SCL-90-R lagen die Werte bei den untersuchten Männern mit Anorexia nervosa durchweg niedriger als bei den Frauen der Vergleichsgruppe. Dieser Effekt erreichte im Paarvergleich statistische Signifikanz ($p < .05$). Im „Positive Symptom Total“ (PST) sowie im „Positive Symptom Distress Index“ (PSDI) zeigten die anorektischen Männer laut Trendanalysen ebenfalls niedrigere Werte bei abnehmendem Trend über die Zeit hinweg ($p < .001$). Bei all diesen Werten ließ sich aber in den Trendanalysen kein geschlechtsspezifischer Effekt über die Zeit hinweg nachweisen.

Im Paarvergleich gab es bei GSI, PST und PSDI jeweils signifikante Effekte des Geschlechts und des Katamneseintervalls, die Männer lagen hier jeweils deutlich niedriger als die Frauen. Betrachtet man die größere Stichprobe der Trendanalysen, so verschwinden diese Effekte. Die Männer der parallelisierten Stichprobe sind also in diesen Punkten für die Gesamtstichprobe nur eingeschränkt repräsentativ. Die Trendanalysen zeigten für alle Skalen der SCL-90-R einen hochsignifikant abnehmenden Trend über die Zeit hinweg.

Im Vergleich mit einer repräsentativen Eichstichprobe der Normalbevölkerung (Franke, 2002) wiesen die anorektischen Männer und Frauen in der SCL-90-R deutlich höhere Werte auf, was die klinische Bedeutsamkeit der auftretenden Symptome unterstreicht und darauf hinweist, daß die Personen der klinischen Stichprobe unter einer allgemein ausgeprägteren Psychopathologie leiden als Personen der Normalbevölkerung. Auch

Edwin & Andersen (1990) fanden bei ihrem Vergleich von Männern und Frauen mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa keine geschlechtsspezifischen Unterschiede auf den Skalen des SCL-90-R, die Werte der eßgestörten Männer und Frauen lagen jedoch auch hier auf allen Skalen deutlich über dem Mittelwert und erreichten damit klinisch bedeutsame Werte, insbesondere hinsichtlich der Unsicherheit im Sozialkontakt und der Depressivität. Ein signifikanter Effekt des Geschlechts zeigte sich in den Trendanalysen der vorliegenden Arbeit sehr wohl auf der Skala „Unsicherheit im Sozialkontakt“, mit niedrigeren Werten bei den anorektischen Männern ($p < .05$).

Bulimia nervosa

Ein signifikanter Unterschied ($p < .05$) in den **Lebenszeit-Prävalenzen** komorbider Störungen zwischen Männern und Frauen mit Bulimia nervosa ergab sich hinsichtlich Achse I-Komorbidität lediglich bei den *substanzinduzierten Störungen*: insgesamt 58,5% der untersuchten Männer wiesen „lifetime“ irgendeine dieser Störungen auf, während nur 34,5% der untersuchten Frauen dies taten. Besonders deutlich war dieser Unterschied bei Alkoholabusus ($p < .05$): mehr bulimische Männer (15,1%) als Frauen (1,8%) der untersuchten Stichprobe neigten zu Alkoholabusus. Bei der Alkoholabhängigkeit war das Zahlenverhältnis der Männer (34,0%) und Frauen (25,5%) ausgeglichener. Bei der Anorexia nervosa wiesen die Ergebnisse in eine entgegengesetzte Richtung, mit mehr Alkoholabhängigkeit bei den Männern und ausgeglichenem Verhältnis zwischen Männern und Frauen hinsichtlich Alkoholabusus. Männer mit Bulimia nervosa hatten einen fast doppelt so hohen Prozentsatz an substanzinduzierten Störungen zu verzeichnen wie Männer mit Anorexia nervosa. Laut Carlat & Camargo (1991) treten Alkoholmißbrauch und Alkoholabhängigkeit bei Männern mit Eßstörungen (v.a. Bulimia nervosa) gehäuft auf, wobei bulimische Eßstörungen bei Männern häufig auch in Zusammenhang mit Substanzabusus (vor allem Kokain) auftraten. Ein gegenüber anorektischen Männern und Frauen erhöhter Prozentsatz von Drogenabusus und Drogenabhängigkeit konnte für Drogenabusus bestätigt werden. Hier waren die Prozentsätze sowohl bei bulimischen Männern als auch Frauen erhöht. Die genannten Befunde aus der Literatur wurden hier also bestätigt. Insgesamt läßt sich feststellen, daß Männer und Frauen mit Bulimia nervosa häufiger an Alkoholab-

hängigkeit und substanzinduzierten Störungen allgemein leiden als Männer und Frauen mit Anorexia nervosa. Dies könnte ein Hinweis sein auf die wichtige Rolle der Impulsivität als Persönlichkeitseigenschaft, die sich sowohl in der Eßstörung als auch in komorbiden Störungen widerspiegelt. Keel & Mitchell (1997) fanden in ihrem Überblicksartikel über 88 Studien zu Bulimia nervosa bei Frauen, daß Impulsivität als Persönlichkeitseigenschaft einen Prädiktor für ein ungünstiges Verlaufsergebnis darstellt. Da im Langzeitverlauf weniger anorektische Männer und Frauen weiterhin an einer Eßstörung leiden als bulimische Männer und Frauen, könnte dieser Punkt durchaus eine Rolle spielen für den Gesamtverlauf der Bulimia nervosa und diesen negativ beeinflussen.

Bei den *affektiven Störungen* ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen bulimischen Männern und Frauen. Die Befunde bei Anorexia nervosa, wonach signifikant mehr Männer als Frauen an einer Dysthymie leiden, konnten für Bulimia nervosa nicht bestätigt werden, jedoch war die Gesamtprävalenz affektiver Störungen über die Eßstörungen hinweg für Männer und Frauen sehr ähnlich. Fast doppelt so viele anorektische Männer litten im Vergleich mit bulimischen Männern an einer Dysthymie. Dafür wiesen mehr bulimische als anorektische Männer eine Major Depression auf. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, daß Bulimia nervosa mit einer ausgeprägteren depressiven Symptomatik einhergeht, oder aber auch lediglich darauf, daß bulimische Männer die depressive Symptomatik drastischer schildern bzw. wahrnehmen. Pope et al. (1986) diagnostizierten bei 10 ihrer insgesamt 15 Männer mit Bulimia nervosa (67%) zum Zeitpunkt der Untersuchung und/oder in der Vergangenheit eine affektive Störung (Major Depression). Dieser Prozentsatz unterschied sich nicht signifikant von dem der untersuchten bulimischen Frauen der Studie und ist vergleichbar mit den Gesamtprävalenzen für affektive Störungen bei Bulimia nervosa in der vorliegenden Arbeit. Weitere Befunde aus der Literatur zum Zusammenhang zwischen Subformen von Depression (nach DSM) und Eßstörungen sind der Autorin nicht bekannt.

Vergleichsdaten aus dem National Comorbidity Survey (NCS) zu „lifetime“-Prävalenzen von DSM-III-R-Störungen in der Normalbevölkerung der USA (Kessler et al., 1994) liegen sowohl bei den affektiven Störungen als auch bei den substanzinduzierten Störungen (v.a. bei Alkoholabhängigkeit) sehr viel niedriger als die „lifetime“-Prävalenzen der hier untersuchten Männer und Frauen mit Bulimia nervosa.

Hinsichtlich *Angststörungen* traten die deutlichsten Unterschiede zwischen Männern und Frauen, wenn auch nicht signifikant, bei den Panikstörungen mit Agoraphobie und den spezifischen Phobien auf. Während mehr Frauen als Männer irgendwann in ihrem Leben an einer spezifischen Phobie litten, hatten mehr Männer als Frauen jemals in ihrem Leben eine Panikstörung mit Agoraphobie gehabt. In der Selbsteinschätzung phobischer Angst (gemessen mit der entsprechenden Skala der SCL-90-R) lagen die Männer niedriger als die Frauen, mit der Ausnahme des 6-Jahres-Katamnesezeitpunktes, bei dem die Werte der untersuchten Männer mit Bulimia nervosa sogar über das Niveau bei Erstmessung hinausgingen. Ein ähnliches Verlaufsmuster zeichnete sich hinsichtlich Ängstlichkeit und Depressivität ab. Auch hier trat 6 Jahre nach Erstmessung bei den bulimischen Männern eine erneute Zunahme der selbsteingeschätzten Symptomatik auf, jedoch nicht mehr über das Niveau der Ausgangsmessung hinaus.

Zwischen anorektischen und bulimischen Männern und Frauen gab es einen Unterschied in der Komorbidität von Angststörungen: ungefähr doppelt so viele anorektische Männer und Frauen litten an einer sozialen Phobie. Wesentliche Unterschiede in der Lebenszeit-Prävalenz von Zwangsstörungen ergaben sich bei Bulimia nervosa bei Männern und Frauen im Gegensatz zu Anorexia nervosa nicht. Auf der Skala „Zwanghaftigkeit“ der SCL-90-R verlief die Entwicklung der Mittelwerte über die Zeit hinweg bei beiden Geschlechtern fast völlig parallel. Auch auf der inhaltlich verwandten „Perfektionismus“-Skala des EDI ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen mit Bulimia nervosa.

Daten des Gesundheitssurveys von Wittchen et al. (1999) zur Normalbevölkerung in Deutschland geben eine 4-Wochen-Querschnitts-Prävalenz von 9% für sämtliche Angststörungen an. Die „lifetime“-Prävalenzen liegen sowohl bei den untersuchten Frauen als auch Männern mit Bulimia nervosa deutlich über diesem Wert. Es kann also von einer wesentlich höheren Auftretenshäufigkeit von Angststörungen bei Bulimia nervosa im Vergleich zur Normalbevölkerung ausgegangen werden.

Hinsichtlich *Achse II-Komorbidität* ergab sich ebenfalls ein Unterschied zu den Ergebnissen bei Anorexia nervosa. Mehr Männer als Frauen litten hier an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Dieser Unterschied zwischen Männern und Frauen war jedoch nicht statistisch signifikant. Auch Köpp et al. (1999) fanden in ihrer multizentrischen Eßstörungsstudie, daß bulimische Männer häufiger als bulimische Frauen als

persönlichkeitsgestört (leider ohne Angabe des Typus der Persönlichkeitsstörung) eingeschätzt wurden. In Carlat et al.'s (1997) Stichprobe wiesen 71% der bulimischen Männer mit der Diagnose einer Achse-II-Störung eine Persönlichkeitsstörung aus dem B-Cluster (Borderline-, Antisoziale-, Narzißtische-) auf. Striegel-Moore et al. (1999^a, 1999^b) fanden, daß Männer mit Bulimia nervosa häufiger als Männer mit Anorexia nervosa oder nicht näher bezeichneten Eßstörungen an Persönlichkeitsstörungen litten. Dies ist auch in der vorliegenden Arbeit der Fall. Vor dem Hintergrund der Literaturbefunde können die Ergebnisse der Studie einen weiteren Hinweis dafür liefern, daß sich Impulsivität vor allem bei Personen, die bulimische Verhaltensweisen zeigen, über das Eßverhalten hinaus in komorbiden Störungen zeigt und möglicherweise einen Risikofaktor darstellt, der sich in einem allgemein ungünstigeren Verlaufsergebnis niederschlagen kann. In vergleichbaren Studien mit eßgestörten Frauen trat die Borderline-Persönlichkeitsstörung von allen Persönlichkeitsstörungen bei Frauen mit Bulimia nervosa am häufigsten auf (Rossiter et al., 1993; Carroll et al., 1996). In Studien mit bulimischen Frauen konnte Impulsivität als Persönlichkeitszug bereits als Prädiktor für ein schlechtes Verlaufsergebnis extrahiert werden (Keel & Mitchell, 1997; Fichter et al., 1994). Edwin & Andersen (1990) hingegen fanden sowohl bei anorektischen (restriktive und bulimische Anorexia nervosa) als auch bulimischen Männern und Frauen deutlich höhere Werte auf den MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory)-Skalen für Impulsivität als in der Normalbevölkerung. Auch die Werte auf der Skala für Ablehnung typisch männlicher Interessen und männlicher Geschlechtsrollenidentität waren bei allen Gruppen erhöht. Die Verwendung unterschiedlicher Instrumente zur Persönlichkeitsdiagnostik und die Begrenzung des Datenmaterials der vorliegenden Arbeit auf die Borderline Persönlichkeitsstörung erschweren einen Vergleich an dieser Stelle.

In der **Selbsteinschätzung** der allgemeinen Psychopathologie bei Bulimia nervosa im Verlauf mittels SCL-90-R lag der „General Symptomatic Index“ (GSI) bei den untersuchten Männern mit Ausnahme des 6-Jahres-Katamnesezeitpunktes niedriger als bei den Frauen der Vergleichsgruppe (nicht signifikant). Im „Positive Symptom Total“ (PST) wiesen die Männer sogar höhere Werte auf als die Frauen. Im „Positive Symptom Distress Index“ (PSDI) lagen die bulimischen Männer in den Trendanalysen im Mittel niedriger bei abnehmendem Trend über die Zeit hinweg ($p < .001$). Bei allen diesen Werten ließ sich aber kein geschlechtsspezifischer Effekt über die Zeit hinweg in den

Trendanalysen nachweisen. Keines der genannten Ergebnisse der SCL-90-R für Bulimia nervosa erreichte in den Paarvergleichen statistische Signifikanz. In den Trendanalysen zeigte sich bei Bulimia nervosa wie bei Anorexia nervosa ein abnehmender Trend hinsichtlich der Symptomatik über die Zeit hinweg ($p < .001$).

Im Vergleich mit einer repräsentativen Eichstichprobe der Normalbevölkerung (Franke, 2002) wiesen die bulimischen Männer und Frauen deutlich höhere Werte auf, was die klinische Bedeutsamkeit der auftretenden Symptome belegt und darauf hinweist, daß die bulimischen, ebenso wie die anorektischen Männer und Frauen, unter einer allgemein höheren Psychopathologie leiden als Personen der Normalbevölkerung.

Zusammenfassung

Die anorektischen Männer und Frauen der vorliegenden Arbeit waren sich hinsichtlich der Häufigkeit komorbid auftretender affektiver Störungen (mit Ausnahme der Dysthymie), substanzinduzierter Störungen und Angststörungen sehr ähnlich und wiesen in den meisten dieser Bereiche weit häufiger Morbidität auf als Personen der Normalbevölkerung.

Die bulimischen Männer und Frauen der vorliegenden Arbeit waren sich hinsichtlich der Häufigkeit komorbid auftretender affektiver Störungen und Angststörungen ebenfalls sehr ähnlich, jedoch traten substanzinduzierte Störungen bei Männern hier signifikant häufiger auf als bei Frauen ($p < .05$). Hinsichtlich der meisten Achse-I-Störungen wiesen auch die Männer und Frauen mit Bulimia nervosa weit häufiger Morbidität auf als Personen der Normalbevölkerung.

Die Daten der vorliegenden Arbeit zeigen darüber hinaus, daß von einem weitgehend parallelen Verlauf der eßstörungsspezifischen Symptomatik und der allgemeinen Psychopathologie bzw. Komorbidität bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa ausgegangen werden kann. Von einer Symptomverschiebung über die Zeit hinweg (Zunahme bzw. Intensivierung der komorbiden Symptomatik bei gleichzeitiger Abnahme der eßstörungsspezifischen Symptomatik) kann also nicht ausgegangen werden. Insgesamt kann man sagen, daß sich die bulimischen Männer und Frauen, bis auf die Verschlechterungstendenz bei den Männern zum 6-Jahres-Zeitpunkt, im Verlauf ähnlicher waren als die anorektischen Männer und Frauen.

6.7 Homosexualität

Anorexia nervosa

In der Selbsteinschätzung der sexuellen Neigungen bezeichneten sich alle Frauen mit Anorexia nervosa als heterosexuell. Bei den anorektischen Männern taten dies nur 86,0%. Weitere 8,8% bezeichneten sich als heterosexuell mit homosexuellen Erfahrungen, 1,8% bezeichneten sich als bisexuell und weitere 3,5% bezeichneten sich in ihrer sexuellen Neigung als homosexuell. Insgesamt wiesen also 5,3% der anorektischen Männer eine homosexuelle Neigung auf. Der Unterschied zu den anorektischen Frauen war signifikant ($p < .05$). Bei Herzog et al. (1984) und Carlat et al. (1997) bezeichneten sich 26-42% der untersuchten Männern als homo- oder bisexuell. Bei den eßgestörten Frauen taten das sehr viel weniger, nämlich nur 4%. Es gaben ebenfalls mehr anorektische Männer als Frauen an, homosexuelle Erfahrungen gemacht zu haben ($p < .05$). Auch bei Fichter & Daser (1987) berichteten 25% der 42 anorektischen Männer homosexuelle Erfahrungen. Hier muß jedoch erwähnt werden, daß Daten von Männern dieser Studie z.T. auch in die Stichprobe der vorliegenden Arbeit eingingen, ein Vergleich der Ergebnisse an dieser Stelle also nur begrenzt aussagekräftig ist. Das Bestehen einer homosexuellen Partnerschaft wurde zwar von ebenso vielen Frauen wie Männern „lifetime“ berichtet, was aber daran liegt, daß bei diesem Item mehr Antworten von Frauen vorlagen als bei der sexuellen Neigung.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit gehen also weitgehend konform mit Ergebnissen aus der Literatur, die eine höhere Rate von Homosexualität bei anorektischen Männern im Vergleich zu anorektischen Frauen fanden. Es scheint sich hier nicht zuletzt aufgrund der Altersstruktur der Stichprobe zum Zeitpunkt der letzten Befragung um genuine Homosexualität zu handeln, nicht um eine Form passagerer Homo- bzw. Bisexualität, die aus allgemeinen Ängsten bezüglich Sexualität, aus dem Gefühl verminderter Maskulinität oder aus einer nicht gefestigten Geschlechtsrollenidentität resultiert (Fichter & Daser, 1987; Carlat & Camargo, 1991). Die Männer in der Stichprobe von Fichter & Daser (1987) wiesen hohe Femininitätswerte in der Persönlichkeitsdiagnostik auf, weshalb die Autoren bei Männern mit „atypischem“ Geschlechtsrollenverhalten ein möglicherweise erhöhtes Risiko vermuten, eine Eßstörung zu entwickeln. Auch Edwin & Andersen (1990) berichten bei allen ihren anorektischen und/oder bulimischen Männern und Frauen (sowohl restriktive als auch bulimische

Anorexia nervosa) von deutlich höheren Werten als in der Normalbevölkerung auf den MMPI-Skalen (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) zur Ablehnung typisch männlicher Interessen und männlicher Geschlechtsrollenidentität. Eine detaillierte Diagnostik des Geschlechtsrollenverhaltens und relevanter Einstellungen zur Abklärung ätiologisch wirksamer Faktoren konnte im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht geleistet werden, sollte aber in zukünftigen Studien berücksichtigt werden. Man kann annehmen, daß die Ergebnisse der Selbsteinschätzung insbesondere vor dem Hintergrund des Alters der Probanden der vorliegenden Studie bei Katamnese als reliabel eingeschätzt werden können, da die Kriterien für Homosexualität nicht zu strikt angelegt wurden.

Was die „Maße“ für Homosexualität anbelangt gibt es große Unterschiede zwischen unterschiedlichen Studien: so war das Kriterium bei Pope et al. (1986) mindestens eine homosexuelle Erfahrung mit Orgasmus in den letzten fünf Jahren. In dieser Studie berichtete nur ein Mann (7,1%) von N=14 Männern homosexuell zu sein. Einige der Patienten von Pope et al. (1986) waren sehr jung, insofern scheinen Geschlechtsverkehr und Orgasmus als Kriterien für Homosexualität nicht geeignet und unterschätzen eventuell die wahren Werte. Bei Burns & Crisp (1984) war sogar eine bestehende feste homosexuelle Beziehung für das Erfülltsein des Kriteriums Homosexualität gefordert, keiner der Patienten lebte in einer solchen Beziehung. Die Tatsache, daß die Daten der vorliegenden Studie v.a. Unterschiede hinsichtlich homosexueller *Erfahrungen* fanden, verdeutlicht, daß derart strenge Kriterien die wahren Werte höchstwahrscheinlich unterschätzen und zudem eine eher konservative und realitätsfremde Einstellung zur Messung von (Homo-) Sexualität widerspiegeln. Die Mehrzahl der Patienten von Burns & Crisp (1984) waren überdies asexuell und auch zufrieden mit diesem Zustand. Einer der Männer vermied sexuelle Aktivität aus Angst vor homosexuellen Wünschen, die sich bei ihm in der Vergangenheit manifestiert hatten. Diese Möglichkeit muß vor allem bei anorektischen Männern, die sich oft nicht als homosexuell (sondern eher asexuell) bezeichnen und auch nicht in Beziehungen leben, stärker beachtet werden.

Bulimia nervosa

Bei den Männern mit *Bulimia nervosa* gaben 85,7% in der Selbsteinschätzung an, in ihrer sexuellen Neigung heterosexuell zu sein, 4,1% mit homosexuellen Erfahrungen. Insgesamt 10,2% der Männer bezeichneten sich als homo- oder bisexuell. Die Unterschiede zu den Frauen der Vergleichsgruppe waren nicht signifikant. Auch in den Angaben zu homosexuellen Erfahrungen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen mit *Bulimia nervosa*. Auffällig ist jedoch, daß die Männer hier deutlich häufiger eine homosexuelle Orientierung angaben. Männer und Frauen mit *Bulimia nervosa* wiesen häufig homosexuelle Erfahrungen auf. Ein Vergleich mit Daten aus der Normalbevölkerung ist an dieser Stelle nicht möglich, da adäquate Vergleichsdaten nicht vorliegen.

Schneider & Agras (1987) berichten statistisch signifikante Unterschiede bei Männern und Frauen mit *Bulimia nervosa* hinsichtlich Familienstatus und sexueller Orientierung: mehr bulimische Frauen als Männer waren zum Zeitpunkt der Untersuchung verheiratet und mehr Männer berichteten eine homo- bzw. bisexuelle Orientierung. Auch in der multizentrischen Eßstörungsstudie von Köpp et al. (1999) zeigten die bulimischen Männer im Vergleich zu den untersuchten Frauen häufiger eine bi- bzw. homosexuelle Orientierung. Pope et al. (1986) sowie Burns & Crisp (1984) konnten – wie bereits ausgeführt – kein gehäuftes Auftreten von Homosexualität bei den Männern in ihren Stichproben feststellen. Methodische Gründe der Definition von Kriterien für Homosexualität, wie bei *Anorexia nervosa* bereits ausgeführt, sind hier wichtig zu beachten. Die Daten der vorliegenden Studie konnten ein vermehrtes Auftreten von Homosexualität bei Männern mit *Bulimia nervosa* ebenfalls nicht mit statistischer Signifikanz belegen, ein Trend in diese Richtung ist jedoch hinsichtlich der sexuellen Orientierung vorhanden.

6.8 Einschränkungen durch die Methodik der Studie

Die vorliegende Studie weist einige methodische Mängel auf: als erstes sei hier die retrospektive Zusammenstellung der Männer-Stichprobe und die retrospektive Absicherung der Erstmessungsdiagnosen genannt. Es ist denkbar, daß die Angaben der Probanden bei der Nacherhebung, zumal bei langen Katamneseintervallen, durch Erinnerungslücken oder –verzerrungen beeinflußt sind. Da es sich hier jedoch um eine klinische Stichprobe handelt und eine gewisse Schwere bzw. klinische Bedeutsamkeit der Symptome bei Erstmessung vorausgesetzt werden kann, ist eine wesentliche Verzerrung der Erinnerung auch bei langem Katamneseintervall sehr unwahrscheinlich. Die Einbeziehung des Datenmaterials bei Erstmessung/Klinikaufnahme (Screening Fragebögen, Basisdokumentation/Krankenakten) stellte darüber hinaus sicher, daß sämtliche verfügbaren Informationen zur Absicherung der Diagnosen genutzt werden konnten.

Des weiteren ist zu erwähnen, daß die mittlere Dauer des Katamneseintervalls bei den Männern mit Anorexia nervosa im Langzeitverlauf bei 18,9 Jahren (Standardabweichung 4,8), bei den Frauen bei 12,5 Jahren (Standardabweichung 1,0) lag. Diese Abweichung, die durch eine Teilstichprobe von Männern bedingt ist, die sich bereits Anfang der 70er Jahre des vergangenen Jahrhunderts in Behandlung begeben hatte, muß bei der Interpretation der Ergebnisse zum Langzeitverlauf bei Anorexia nervosa berücksichtigt werden.

Ferner könnte man eine gewisse Heterogenität der Männer-Stichprobe anführen, da die männlichen Probanden in unterschiedlichen Zentren behandelt wurden. Dies wurde in Kauf genommen, da die Behandlungskonzepte zumindest zweier Zentren, der medizinisch-psychosomatischen Kliniken Roseneck und Bad Bramstedt, quasi identisch sind. Vor dem Hintergrund der Tatsache, daß gesicherte Daten zum Verlauf von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa bei Männern, basierend auf Studien mit ausreichend großen Stichproben, sehr selten sind, wurde dies in Kauf genommen. Dem Ruf nach Multi-Center-Studien in der Eßstörungen-Verlaufsforschung wurde hier somit ansatzweise Rechnung getragen. Natürlich ist ein Selektionsbias im vorliegenden Datenmaterial insofern vorhanden, als es sich um eine klinische Stichprobe handelt, die mehrheitlich in einem Zentrum, der medizinisch-psychosomatischen Klinik Roseneck, behandelt wurde.

In der vorliegenden Arbeit konnte leider kein reiner Verlauf dargestellt werden, da bis auf einen kleinen Prozentsatz von Männern, der bereits im Rahmen der *GLEDS*

(*German Longitudinal Eating Disorders Study*, Fichter & Quadflieg, 1997, 1999^a; Fichter et al., 1998) mehrmals katamnestisch nachuntersucht worden war, reine Zweipunktmessungen mit einer großen Streuung der Länge der Katamneseintervalle vorlagen. Um einen Vergleich mit den Frauen der *GLEDS* zu ermöglichen, mußten unabhängige Stichproben gebildet werden und die Männer entsprechend der Länge ihrer Katamneseintervalle den Frauen der *GLEDS* zugeordnet, also parallelisiert, werden. Diese Tatsache muß bei den Interpretationen der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit berücksichtigt werden. Das geschilderte Vorgehen erscheint akzeptabel, da es sehr wenig aussagekräftiges Datenmaterial zum Verlauf von Eßstörungen bei Männern und noch weit weniger zum Vergleich des Verlaufs von Eßstörungen bei Männern und Frauen gibt. Mit Hilfe der Trendanalysen bzw. des statistischen Verfahrens der Linearen Gemischten Modelle (LGM) konnte darüberhinaus eine Auswertemethode gefunden werden, die eine zuverlässige Trendvorhersage bezüglich des Verlaufs der Eßstörungen bei Männern und Frauen ermöglicht.

Reliabilität und Validität der Katamnesedaten können als sehr hoch eingeschätzt werden, da es in den Ursprungsstudien der Männer und Frauen jeweils sehr hohe Ausschöpfungsquoten gab und die Erhebung der Daten mittels Selbsteinschätzungsverfahren *und* strukturierten diagnostischen Experteninterviews erfolgte. Durch die Erhebung eines Großteiles der Daten per Telefoninterview ist kein Bias zu erwarten (Sobin et al., 1993; Rohde et al., 1997).

7 ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

Die vorliegende Arbeit vergleicht den kurz-, mittel- und langfristigen Verlauf der Anorexia nervosa und Bulimia nervosa bei Männern und Frauen. Mittels Selbsteinschätzungsverfahren und strukturierten Experteninterviews wurden 2, 6 und 12 Jahre nach Erstmessung bzw. Aufnahme zur stationären Behandlung katamnestische Untersuchungen durchgeführt. Es werden Daten aus einem Vergleich parallelisierter Gruppen von Männern und Frauen mit Anorexia nervosa (N=62) und Bulimia nervosa (N=55) dargestellt. Zusätzlich werden Auswertungen einer größeren Gesamtstichprobe von Männern und Frauen mittels Trendanalysen (Lineare Gemischte Modelle) dargestellt.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit konnten zeigen, daß sich der Verlauf der Anorexia nervosa und Bulimia nervosa bei Männern und Frauen weitgehend ähnlich darstellt. Es zeichneten sich jedoch auch Unterschiede zwischen den Geschlechtern ab: Männer mit Anorexia nervosa zeigten im Vergleich zu den Frauen ein geringer ausgeprägtes Schlankheitsstreben und weniger Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper. Bei den Männern mit Bulimia nervosa war die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper durchweg stärker ausgeprägt als bei den bulimischen Frauen. Dies könnte ein Hinweis sein auf unterschiedliche Motivationen bzw. unterschiedliche ätiologische Voraussetzungen für diese beiden Eßstörungen bei Männern und Frauen, der weiter untersucht werden sollte.

Bei den untersuchten anorektischen Frauen zeigte sich des weiteren im Zeitraum von Erstmessung bis 6-Jahres-Katamnese keine so deutliche Besserung der eßstörungsspezifischen und komorbiden Symptomatik wie bei den Männern. Einem eventuell kontinuierlicheren Verlauf der Anorexia nervosa bei Männern in Richtung Besserung bzw. Remission und darauf hinweisenden Bedingungsfaktoren hierfür sollte in weiteren Studien nachgegangen werden.

Bei Bulimia nervosa ist bei den untersuchten Männern 6 Jahre nach Therapie bzw. Erstmessung in vielen Bereichen mit einer erneuten Verschlechterung sowohl der eßstörungsspezifischen als auch der komorbiden Symptomatik zu rechnen. In zukünftigen Verlaufsstudien sollte, möglichst unter Verwendung identischer Instrumente und Erhebungsmethodik, versucht werden, diesen Befund zu replizieren, da bisher in der

Literatur keine Hinweise auf einen derartigen Effekt zu finden sind. Möglicherweise ist der mittelfristige Verlauf der Bulimia nervosa für Männer mit einem erhöhten Rückfallrisiko verbunden, das durch eine rechtzeitige und gezielte Intervention vermindert werden könnte.

Nach Auswertung der maximal möglichen Datenmenge in den Trendanalysen zeigte sich ein über die Zeit von ca. 12 Jahren hinweg abnehmender linearer Trend in fast allen Bereichen sowohl der eßstörungsspezifischen Symptomatik als auch der allgemeinen Psychopathologie bzw. Komorbidität bei Männern und Frauen mit Anorexia nervosa und auch Bulimia nervosa. Beide Eßstörungen verliefen bei Männern und Frauen sehr ähnlich, jedoch wiesen die untersuchten Männer in vielen Bereichen sowohl der eßstörungsspezifischen Symptomatik als auch der allgemeinen Psychopathologie ein niedrigeres Ausgangs- und Grundniveau der Symptomatik auf.

Die Daten der vorliegenden Arbeit zeigen darüber hinaus, daß von einem weitgehend parallelen Verlauf der eßstörungsspezifischen Symptomatik und der allgemeinen Psychopathologie bzw. Komorbidität bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa ausgegangen werden kann. Eine Symptomverschiebung über die Zeit hinweg zeichnete sich nicht ab. Die bulimischen Männer und Frauen waren sich, bis auf die Verschlechterungstendenz bei den Männern zum 6-Jahres-Zeitpunkt, im Verlauf ähnlicher als die anorektischen Männer und Frauen.

Hinsichtlich der Lebenszeit-Prävalenzen komorbider Störungen wiesen Männer mit Anorexia nervosa signifikant häufiger als die Frauen der Vergleichsgruppe Dysthymien auf ($p < .05$), wohingegen die anorektischen Frauen mehr Major Depression - Störungen aufwiesen (nicht signifikant). Anorektische Männer scheinen also häufiger zu längeranhaltenden Formen der depressiven Verstimmung bzw. Depression zu neigen als anorektische Frauen, bzw. berichten sie zum Teil eine weniger ausgeprägte depressive Symptomatik. Alkoholabhängigkeit trat bei den anorektischen Männern häufiger auf als bei den Frauen, während die Borderline-Persönlichkeitsstörung bei den anorektischen Frauen häufiger auftrat (beides nicht signifikant).

Substanzinduzierte Störungen, und hier besonders Alkoholabusus, traten bei bulimischen Männern häufiger auf als bei bulimischen Frauen ($p < .05$). Auch litten die untersuchten Männer mit Bulimia nervosa häufiger an einer Borderline-Persönlichkeits-

störung als die untersuchten Frauen. Im Vergleich zu Anorexia nervosa litten Männer und Frauen mit Bulimia nervosa häufiger an Alkoholabhängigkeit und substanzinduzierten Störungen allgemein. Dies alles könnte ein Hinweis sein auf die wichtige Rolle der Impulsivität als Persönlichkeitseigenschaft, die sich sowohl in der Eßstörung als auch in der komorbiden Symptomatik widerspiegelt. Da im Langzeitverlauf weniger anorektische Männer und Frauen an einer Eßstörung leiden als bulimische Männer und Frauen, könnte Impulsivität als Persönlichkeitseigenschaft durchaus eine Rolle spielen für den Gesamtverlauf vor allem der Bulimia nervosa.

Hinsichtlich der Gesamtmortalitätsrate kann der Verlauf der Anorexia nervosa über die Geschlechter hinweg als ungünstiger bezeichnet werden als der Verlauf der Bulimia nervosa. Innerhalb der Anorexia nervosa hatten die Männer wiederum eine niedrigere Gesamtmortalität als die Frauen, bei der Bulimia nervosa gab es hier keinen Unterschied zwischen Männern und Frauen. Mit Fortschritt der Verlaufsahre verstarben bei beiden Eßstörungen pro Jahr nicht mehr Personen, als in den früheren Verlaufsahren.

Das Verlaufsergebnis nach 12 Jahren war sowohl bei Anorexia nervosa als auch Bulimia nervosa hinsichtlich des Vorhandenseins einer Eßstörung günstig, jedoch deutlich günstiger bei Anorexia nervosa: ca. 75% der ehemals anorektischen Männer und Frauen und ca. 50% der ehemals bulimischen Männer und Frauen wiesen im Langzeitverlauf keine Eßstörung mehr auf und können als remittiert betrachtet werden. Ob hier wirklich von einer dauerhaften Remission bzw. Heilung gesprochen werden kann, ist aufgrund des Datenmaterials der vorliegenden Arbeit nicht zu beantworten und sollte in weiteren Langzeitstudien mit noch längeren Katamneseintervallen versucht werden abzuklären.

Für die weitere Forschung zum Verlauf von Eßstörungen bei Männern sind prospektive Multi-Center Studien unerlässlich, da nur so die geringe, wenn auch womöglich steigende Prävalenz von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa, kompensiert werden kann. Zukünftige Studiendesigns sollten systematisch parallelisierte Stichproben von Männern und Frauen und zudem männliche Kontrollgruppen miteinbeziehen. Nur so kann sichergestellt werden, daß bestimmte Ergebnisse spezifisch sind für Männer mit Eßstörungen und daher in der Therapie besonders fokussiert werden sollten. Auch die Einbeziehung von Teilstichproben homosexueller Männer erscheint für bestimmte Fragestellungen sinnvoll. Homosexualität ist als Risikofaktor in der Literatur zu

Eßstörungen bei Männern vieldiskutiert. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit konnten zeigen, daß Männer mit Anorexia nervosa häufiger homosexuelle Erfahrungen und homosexuelle Neigung aufweisen als Frauen mit Anorexia nervosa ($p < .05$). Männer mit Bulimia nervosa weisen lediglich einen Trend in Richtung häufigeres Auftreten homosexueller Orientierung auf als Frauen. Inwieweit Homosexualität ein Prädiktor für unterschiedliche Verlaufsvarianten bei diesen Eßstörungen sein kann, konnte im Rahmen dieser Arbeit nicht abgeklärt werden. In weiteren Verlaufsstudien sollten jedoch dieser und weitere Risikofaktoren, unter anderem berufliche und sportliche Betätigung, Körper-Ideale, prämorbidetes Gewicht, Gewichtsschwankungen, Diätverhalten sowie komorbide Störungen als Verlaufs-Prädiktoren bei Männern und Frauen mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa untersucht werden. Die Restkategorie der Eßstörungen-NNB (DSM-IV) sollte hierbei systematischer untersucht werden, da zu vermuten ist, daß eine beachtliche Anzahl von Personen über einen längeren Zeitraum hinweg nicht die vollen DSM-IV Kriterien für eine der genannten Eßstörungen erfüllt, jedoch trotzdem noch unter eßstörungsspezifischen Symptomen leidet.

LITERATURVERZEICHNIS

- Abou-Saleh, M.T., Younis, Y. & Karim, L. (1998). Anorexia nervosa in an Arab culture. *International Journal of Eating Disorders* 23: 207-212.
- American Psychiatric Association (1980). Diagnostic and statistic manual of mental disorders, (3rd edition). Washington DC: APA.
- American Psychiatric Association (1987). Diagnostic and statistic manual of mental disorders, (3rd edition, revised). Washington DC: APA.
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistic manual of mental disorders, (4th edition). Washington DC: APA.
- Andersen, A.E. (Ed.). *Males with eating disorders*. New York: Brunner/Mazel, 1990.
- Andersen, A.E. (1992). Follow-up of males with eating disorders. In: Herzog, W., Deter, H.C. & Vandereycken, W. (eds.). *The course of eating disorders*. Berlin: Springer.
- Andersen, A.E. (1993). Eating disorders in males: Sociocultural norms, clinical course, biomedical factors, and outcome. *Advances in the Biosciences*, 90: 95-101.
- Andersen, A.E. (1995). Eating disorders in males. In: Brownell, K.D. & Fairburn, C.G. (eds.). *Eating disorders and obesity*. New York: Guilford Press.
- Andersen, A.E. & Di Domenico, L. (1992). Diet vs. shape content of popular male and female magazines: a dose-response relationship to the incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 10, 4: 389-394.
- Andersen, A.E. & Holman, J.E. (1997). Males with eating disorders: challenges for treatment and research. *Psychopharmacological Bulletin* 33, 3: 391-397.
- Andersen, A.E. & Mickalide, A.D. (1983). Anorexia nervosa in the male: an under-diagnosed disorder. *Psychosomatics* 24, 12: 1066-1075.
- Beumont, P.J.V., Beardwood, C.J. & Russell, G.F.M. (1972). The occurrence of the syndrome of anorexia nervosa in male subjects. *Psychological Medicine* 2: 216-231.
- Bhanji, S. (1979). Anorexia nervosa: physicians' and psychiatrists' opinions and practice. *Journal of Psychosomatic Research* 23: 7-11.

- Braun, D.L., Sunday, S.R., Huang, A. & Halmi, K.A. (1999). More males seek treatment for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 25: 415-424.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Fear, J.L. & Pickering, A. (2000). Outcome of Anorexia nervosa: eating attitudes, personality and parental bonding. *International Journal of Eating Disorders* 28: 139-147.
- Burns, T. & Crisp, A.H. (1984). Outcome of anorexia nervosa in males. *British Journal of Psychiatry* 145: 319-325.
- Burns, T. & Crisp, A.H. (1985). Factors affecting prognosis in male anorexics. *Journal of Psychiatric Research* 19 (2/3): 323-328.
- Carlat, D.J. & Camargo, C.A. (1991). Review of bulimia nervosa in males. *American Journal of Psychiatry* 148: 831-843.
- Carlat, D.J., Camargo, C.A. & Herzog, D.B. (1997). Eating disorders in males: a report on 135 patients. *American Journal of Psychiatry* 154: 1127-1132.
- Carroll, J.M., Touyz, S.W. & Beumont, P.J.V. (1996). Specific comorbidity between bulimia nervosa and personality disorders. *International Journal of Eating Disorders* 19: 159-170.
- Cohane, G.H. & Pope, H.G. (2001). Body image in boys: a review of the literature. *International Journal of Eating Disorders* 29: 373-379.
- Crisp, A.H. & Burns, T. (1983). The clinical presentation of anorexia nervosa in males. *International Journal of Eating Disorders* 2: 5-10.
- Crisp, A.H., Burns, T. & Bhat, A.V. (1986). Primary anorexia nervosa in the male and female: a comparison of clinical features and prognosis. *British Journal of Medical Psychology* 59: 123-132.
- Derogatis, L.R., Liberman, R.S., Rickels, K., Uhlenhuth, E.H. & Cori, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL). A self-report-symptom inventory. *Behavioral Sciences* 19, 1-4.
- Deter, H.-C., Köpp, W., Zipfel, S. & Herzog, W. (1998). Männliche Anorexia-nervosa-Patienten im Langzeitverlauf. *Nervenarzt* 69: 419-426.
- Deter, H.C. & Herzog W (1994). Anorexia nervosa in a long-term perspective: Results of the Heidelberg-Mannheim-Study. *Psychosomatic Medicine* 56: 20-27.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.). Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F). Bern: Huber, 1991.

- Edwin, D.H. & Anderson, A.E. (1990). Psychometric testing in 76 males with eating disorders. In: Anderson, A.E. (Hrsg.). *Males with eating disorders*. New York: Brunner/Mazel.
- Eller, B. (1993). Males with eating disorders. In: Giannini, A.J. & Slaby A.E. (eds.). *The Eating Disorders*. New York: Springer.
- Everill, J. & Waller G (1995). Reported sexual abuse and eating psychopathology: a review of the evidence for a causal link. *International Journal of Eating Disorders* 18: 1-11.
- Fairburn, C.G. & Beglin, S.J. (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry* 147: 401-408.
- Fairburn, C.G. & Cooper, Z. (1993). The Eating Disorder Examination (12th Edition). In C.G. Fairburn & G.T. Wilson (eds.). *Binge eating, nature, assessment, and treatment*. New York: Guilford, pp. 317-360.
- Fichter, M.M. *Magersucht und Bulimia*. Empirische Untersuchungen zur Epidemiologie, Symptomatologie, Nosologie und zum Verlauf. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 1985.
- Fichter, M.M. (2000^a). Eßstörungen. In: Möller, H.J., Laux, G. & Kapfhammer, H.-P. (Hrsg.). *Psychiatrie und Psychotherapie*. Berlin: Springer.
- Fichter, M.M. (2000^b). Behandlung von Eßstörungen. In: Möller, H.-J. (Hrsg.). *Therapie psychiatrischer Erkrankungen*. Stuttgart: Thieme.
- Fichter, M.M. & Daser, C. (1987). Symptomatology, psychosexual development and gender identity in 42 anorexic males. *Psychological Medicine* 17: 409-418.
- Fichter, M.M., Daser, C. & Postpischil, F. (1985). Anorexic syndromes in the male. *Journal of Psychiatric Research* 19, No. 2/3: 305-313.
- Fichter, M.M. & Hoffmann, R. (1989). Bulimia beim Mann. In: Fichter, M.M. (Hrsg.). *Bulimia nervosa*. Grundlagen und Behandlung. Stuttgart: Enke.
- Fichter, M.M., Narrow, W.E., Roper, M.T., Rehm, J., Elton, M., Rae, D.S., Locke, B.Z., & Regier, D.A. (1996). Prevalence of mental illness in Germany and the United States. *Journal of Nervous and Mental Disease* 184: 598-606.

- Fichter, M.M. & Quadflieg, N. (1995). Comparative studies on the course of eating disorders in adolescents and adults: is age at onset a predictor of outcome? In: Steinhausen, H.C. (Ed.). *Eating disorders in adolescence*. Berlin: de Gruyter.
- Fichter, M.M. & Quadflieg, N. (1997). Six-year course of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 22: 361-384.
- Fichter, M.M. & Quadflieg, N. (1999^a). Six-year course of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 26: 359-385.
- Fichter, M.M. & Quadflieg, N. (1999^b). Strukturiertes Inventar für Anorektische und Bulimische Eßstörungen (SIAB). Göttingen: Hogrefe.
- Fichter, M.M., Quadflieg, N. & Gnutzmann, A. (1998). Binge eating disorder: treatment outcome over a 6-year course. *Journal of Psychosomatic Research* 44 (3/4): 385-405.
- Fichter, M.M., Quadflieg, N. & Rief, W. (1994). Course of multi-impulsive bulimia. *Psychological Medicine* 24 (3): 591-604.
- Franke, G.H. (1995). SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis: Deutsche Version. Göttingen: Beltz.
- Franke, G.H. (2002). Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis (2. Auflage). Deutsche Version. Göttingen: Beltz.
- Fydrich, T., Renneberg, B., Schmitz, B. & Wittchen, H.-U. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II: Persönlichkeitsstörungen (SKID-II)*. Göttingen: Hogrefe.
- Garfinkel, P.E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D.S., Kennedy, S., Kaplan, A.S. & Woodside, D.B. (1995). Bulimia nervosa in a Canadian community sample: prevalence and comparison of subgroups. *American Journal of Psychiatry*, 152: 1052-1058.
- Garner, D.M. & Garfinkel, P.E. (1980). Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine* 10: 647-656.
- Garner, D.M., Garfinkel, P.E., Schwartz, D. & Thompson, M. (1980). Cultural expectations of thinness in women. *Psychological Reports* 47: 483-491.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P. & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory of anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders* 2: 14-34.

- Garner, D.M. (1991). EDI 2. Eating Disorder Inventory-2. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Götestam, K.G. & Agras, W.S. (1995). General population-based epidemiological study of eating disorders in Norway. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 2: 119-126.
- Gwirtsman, H.E., Roy-Byrne, P., Lerner, L. & Yager, J. (1984). Bulimia in men: report of three cases with neuroendocrine findings. *Journal of Clinical Psychiatry* 45, 2: 78-81.
- Hall, A., Delahunt, J.W. & Ellis, P.M. (1985). Anorexia nervosa in the male: clinical features and follow-up of nine patients. *Journal of Psychiatric Research* 19: 315-321.
- Hebebrand, J., Himmelmann, G.W., Hesecker, H., Schäfer, H. & Remschmidt, H. (1996). Use of percentiles for the body mass index in anorexia nervosa: diagnostic, epidemiological, and therapeutic considerations. *International Journal of Eating Disorders* Vol. 19, No. 4: 359-369.
- Heffernan, K. (1994). Sexual orientation as a factor in risk for binge eating and bulimia nervosa: a review. *International Journal of Eating Disorders* 16: 335-347.
- Herzog, D.B., Dorer, D.J., Keel, P.K., Selwyn, S.E., Ekeblad, E.R., Flores, A.T., Greenwood, D.N., Burwell, R.A. & Keller, M.B. (1999). Recovery and relapse in anorexia and bulimia nervosa: a 7,5-year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 38/7: 829-837.
- Herzog, D.B., Keller, M.B. & Lavori, P.W. (1988). Outcome in anorexia nervosa and bulimia nervosa. A review of the literature. *Journal of Nervous and Mental Disease* 176, 3: 131-143.
- Herzog, D.B., Keller, M.B., Lavori, P.W., Bradburn, I.S. & Ott, L. (1988). Ergebnisse zum Krankheitsverlauf der Bulimia nervosa. In: Fichter M.M. (Hrsg.). *Bulimia nervosa: Grundlagen und Behandlung*. Stuttgart: Enke.

- Herzog, D.B., Keller, M.B., Sacks, N.R., Yeh, C.J. & Lavori, P.W. (1992). Psychiatric comorbidity in treatment-seeking Anorexics and Bulimics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 31(5): 810-818.
- Herzog, D.B., Norman, D.K., Gordon, C. & PePOSE, M. (1984). Sexual conflict and eating disorders in 27 males. *American Journal of Psychiatry* 141: 989-990.
- Hiller, W. & Zaudig, M. (1992). MDCL – Münchner Diagnosen Checklisten für DSM-III-R und ICD-10. Handbuch und 30 Checklisten. Bern-Stuttgart-Toronto: Huber.
- Hiller, W., Zaudig, M. & Mombour, W. (1990). MDCL – Münchner Diagnosen Checklisten für DSM-III-R und ICD-10 (Manual). München: Logomed Verlag.
- Holderness, C.C., Brooks-Gunn, J. & Warren, M.P. (1994). Co-Morbidity of eating disorders and substance abuse: Review of the literature. *International Journal of Eating Disorders* 16 (1): 1-34.
- Hsu, L.K.G. (1980). Outcome of Anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry* 37: 1041-1046.
- Keel, P.K., Klump, K.L., Leon, G.R. & Fulkerson, J.A. (1998). Disordered eating in adolescent males from a school-based sample. *International Journal of Eating Disorders* 23: 125-132.
- Keel, P.K. & Mitchell, J.E. (1997). Outcome in Bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry* 154: 313-321.
- Keller, M.B., Lavori, P.W., Friedman, B., Nielsen, E., Endicott, J., McDonald-Scott, P. & Andreasen, N.C. (1987). The longitudinal interval follow-up evaluation: a comprehensive method for assessing outcome in prospective longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry* 44: 540-548.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.-U. & Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry* 51: 8-19.

- King, M.B. (1989). Eating disorders in a general practice population: prevalence, characteristics and follow-up at 12 to 18 months. *Psychological Medicine Monographs Supplement*, 14: 1-34.
- Kinzl, J.F., Traweger, C., Trefalt, E., Mangweth, B. & Biebl, W. (1999). Binge eating disorder in males: a population-based investigation. *Eating and Weight Disorders* 4: 169-174.
- Köpp, W., Grabhorn, R., Herzog, W., Deter, H.Ch., von Wietersheim, J. & Kröger, F. (1999). Gibt es charakteristische Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Eßgestörten? *Sexuologie* 6 (3): 158-166.
- LaPorte, D.L. (1997). Gender differences in perceptions and consequences of an eating binge. *Sex Roles* 36: 479-489.
- Mangweth, B., Pope, H.G., Hudson, J.I., Olivardia, R., Kinzl, J. & Biebl, W. (1997). Eating disorders in austrian men: an intracultural and crosscultural comparison study. *Psychotherapy and Psychosomatics* 66: 214-221.
- Margo, J.L. (1987). Anorexia nervosa in males: a comparison with female patients. *British Journal of Psychiatry* 151: 80-83.
- Mickalide, A.D. (1990). Sociocultural factors influencing weight among males. In: Andersen, A.E. (Ed.). *Males with eating disorders*. New York: Brunner/Mazel.
- Mishkind, M.E., Rodin, J., Silberstein, L.R. & Striegel-Moore, R.H. (1986). The embodiment of masculinity. Cultural, psychological and behavioral dimensions. *American Behavioral Scientist* 29: 545-562.
- Mitchell, J.E. & Goff, G. (1985). Bulimia in males. *Psychosomatics* 25 (12): 909-913.
- Mitchell, J.E., Hatsukami, D., Pyle, R.L., Eckert, E.D. & Soll, E. (1987). Late onset bulimia. *Comprehensive Psychiatry* 28: 323-328.
- Morgan, J.F., Key, A. & Lacey, H. (1998). Gender Issues in the management of multi-impulsive bulimia: a case-study. *International Journal of Eating Disorders* 24: 107-109.
- Neumärker, K.J. (1997). Mortality and sudden death in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 21: 205-212.
- Noordenbos, G. (2003). Early identification. In: Treasure, J., Schmidt, U. & van Furth, E. (eds.). *Handbook of Eating Disorders (Second Edition)*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd..

- Olivardia, R., Pope, H.G., Mangweth, B. & Hudson, J.I. (1995). Eating disorders in college men. *American Journal of Psychiatry* 152: 1279-1285.
- Oyebode, F., Boodhoo, J.A. & Schapira, K. (1988). Anorexia nervosa in males: clinical features and outcome. *International Journal of Eating Disorders* 7: 121-124.
- Patton, G.C. (1988). Mortality in eating disorders. *Psychological Medicine* 18: 947-951.
- Paxton, S. J. (1998). Current issues in eating disorders research. *Journal of Psychosomatic Research*, 44 (3/4): 297-299.
- Pigott, T.A., Altemus, M., Rubenstein, C.S., Hill, J.L., Bihari, K., L'Heureux, F., Bernstein, S. & Murphy, D.L. (1991). Symptoms of eating disorders in patients with obsessive-compulsive disorders. *American Journal of Psychiatry* 148: 1552-1557.
- Polivy, J. & Herman, C.P. (1985). Dieting and bingeing: a causal analysis. *American Psychologist* 40: 193-201.
- Pope, H.G., Hudson, J.I. & Jonas, J.M. (1986). Bulimia in men: a series of fifteen cases. *Journal of Nervous and Mental Disease* 174, 2: 117-119.
- Pope, H.G., Olivardia, R., Gruber, A. & Borowiecki, J. (1999). Evolving ideals of male body image as seen through action toys. *International Journal of Eating Disorders* 26: 65-72.
- Pope, H.G., Phillips, K.A. & Olivardia, R. *The Adonis Complex*. The secret crisis of male body obsession. New York: The Free Press, 2000.
- Powers, P.S., Schocken, D.D. & Boyd, F.R. (1998). Comparison of habitual runners and anorexia nervosa patients. *International Journal of Eating Disorders* 23: 133-143.
- Quadflieg, N. & Fichter, M.M. (2003). The course and outcome of bulimia nervosa. *European Child & Adolescent Psychiatry* 12: 99-109.
- Ratnasuriya, R.H., Eisler, I., Szmukler, G.I. & Russell, G.F.M. (1991). Anorexia nervosa: outcome and prognostic factors after 20 years. *British Journal of Psychiatry* 158: 495-502.
- Rechlin, T. (1990). Die Anorexia nervosa beim männlichen Geschlecht. *Nervenheilkunde* 9: 223-228.
- Robinson, P.H. & Holden, N.L. (1986). Bulimia nervosa in the male: a report of nine cases. *Psychological Medicine* 16: 795-803.

- Rohde, P., Lewinsohn, P.M. & Seeley, J.R. (1997). Comparability of telephone and face-to-face interviews in assessing axis I and II disorders. *American Journal of Psychiatry* 154: 1593-1598.
- Rosen, J.C. & Gross, J. (1987). Prevalence of weight reducing and weight gaining in adolescent girls and boys. *Health Psychology* 6: 131-147.
- Ross, H.E. & Ivis, F. (1999). Binge eating and substance use among male and female adolescents. *International Journal of Eating Disorders* 26: 245-260.
- Rossiter, E.M., Agras, W.S., Telch, C.F. & Schneider, J.A. (1993). Cluster B personality disorder characteristics predict outcome in the treatment of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 13: 349-357.
- Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine* 9: 429-448.
- Russell, C.J. & Keel, P.K. (2002). Homosexuality as a specific risk factor for eating disorders in men. *International Journal of Eating Disorders* 31: 300-306.
- SAS Publishing. SAS/STAT User's Guide, Version 8. Cary, NC: SAS Institute Inc., 2000.
- Schneider, J.A. & Agras, W.S. (1987). Bulimia in males: a matched comparison with females. *International Journal of Eating Disorders* 6: 235-242.
- Schotte, D.E. & Stunkard, A.J. (1987). Bulimia versus bulimic behaviors on a college campus. *JAMA*, 258: 1213-1215.
- Schur, E.A., Sanders, M. & Steiner, H. (2000). Body dissatisfaction and dieting in young children. *International Journal of Eating Disorders* 27: 74-82.
- Seidman, S.N. & Rieder, R.O. (1994). A review of sexual behavior in the United States. *American Journal of Psychiatry* 151: 330-341.
- Sharp, C.W., Clark, S.A., Dunan, J.R., Blackwood, D.H.R. & Shapiro, C.M. (1994). Clinical presentation of anorexia nervosa in males: 24 new cases. *International Journal of Eating Disorders* 15: 125-134.
- Silberstein, L.R., Mishkind, M.E., Striegel-Moore, R.H., Timko, C. & Rodin, J. (1989). Men and their bodies: a comparison of homosexual and heterosexual men. *Psychosomatic Medicine* 51: 337-346.

- Silverman, J.A. (1990). Anorexia nervosa in the male: early historic cases. In: Andersen, A.E. (Ed.). *Males with eating disorders*. New York: Brunner/Mazel.
- Sobin, C., Weissman, M.M., Goldstein, R.B., Adams, P., Wickramaratne, P., Warner, V. & Lish, J.D. (1993). Diagnostic interviewing for family studies: comparing telephone and face-to-face methods for the diagnosis of lifetime psychiatric disorders. *Psychiatric Genetics* 3: 227-233.
- Spitzer, R.L., Stunkard, A., Yanovski, S., Marcus, M.D., Wadden, T., Wing, R., Mitchell, J. & Hasin, D. (1993). Binge Eating Disorder should be included in DSM-IV: a reply to Fairburn et al.'s „The classification of recurrent overeating: the Binge Eating Disorder Proposal“. *International Journal of Eating Disorders* 13, 2: 161-169.
- SPSS Inc. . SPSS 11.0 Syntax Reference Guide. Chicago, IL: SPSS Inc., 2001.
- Steinhausen, H.-C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry* 159: 1284-1293.
- Steinhausen, H.-C., Rauss-Mason, C. & Seidel, R. (1991). Follow-up studies of anorexia nervosa: a review of four decades of outcome research. *Psychological Medicine* 21: 447-454.
- Sterling, J.W. & Segal, J.D. (1985). Anorexia nervosa in males: a critical review. *International Journal of Eating Disorders* 4, 4: 559-572.
- Striegel-Moore, R.H., Garvin, V., Dohm, F.-A. & Rosenheck, R.A. (1999^a). Psychiatric comorbidity of eating disorders in men: a national study of hospitalized veterans. *International Journal of Eating Disorders* 25: 399-404.
- Striegel-Moore, R.H., Garvin, V., Dohm, F.-A. & Rosenheck, R.A. (1999^b). Eating disorders in a national sample of hospitalized female and male veterans: detection rates and psychiatric comorbidity. *International Journal of Eating Disorders* 25: 405-414.
- Striegel-Moore, R.H., Leslie, D., Petrill, S.A., Garvin, V. & Rosenheck, R.A. (2000). One-year use and cost of inpatient and outpatient services among female and male patients with an eating disorder: evidence from a national database of health insurance claims. *International Journal of Eating Disorders* 27: 381-389.

- Striegel-Moore, R.H., Silberstein, L.R. & Rodin, J. (1986). Toward an understanding of risk factors for bulimia. *American Psychologist* 41, 3: 246-263.
- Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J. & Kaye, W. (2001). Males with anorexia nervosa: a controlled study of eating disorders in first-degree relatives. *International Journal of Eating Disorders* 29: 263-269.
- Suzuki, K., Takeda, A. & Matsushita, S. (1995). Coprevalence of bulimia with alcohol abuse and smoking among Japanese male and female high school students. *Addiction* 90: 971-975.
- Taraldsen, K.W., Eriksen, L. & Gøttestam, K.G. (1996). Prevalence of eating disorders among norwegian women and men in a psychiatric outpatient unit. *International Journal of Eating Disorders* 20: 185-190.
- Theander, S. (1983). Research on outcome and prognosis of anorexia nervosa and some results from an Swedish long-term study. *International Journal of Eating Disorders* Vol. 2/No. 4: 167-174.
- Theander, S. (1985). Outcome and progress in anorexia nervosa and bulimia. *Journal of Psychiatric Research* 19: 493-508.
- Thiel, A., Gottfried, H. & Hesse, F.W. (1993). Subclinical eating disorders in male athletes. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 88: 259-265.
- Vandereycken, W., van Deth, R. & Meermann, R. Hungerkünstler, Fastenwunder, Magersucht. Eine Kulturgeschichte der Eßstörungen. Zülpich: Biermann, 1990.
- Van Hoeken, D., Seidell, J. & Hoek, H.W. (2003). Epidemiology. In: Treasure, J., Schmidt, U. & van Furth, E. (eds.). *Handbook of Eating Disorders (Second Edition)*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd..
- Waller, G. (1998). Perceived control in eating disorders: relationship with reported sexual abuse. *International Journal of Eating Disorders* 23: 213-216.
- Weiner, K.E. & Thompson, J.K. (1997). Overt and covert sexual abuse: relationship to body image and eating disturbance. *International Journal of Eating Disorders* 22: 273-284.
- Whyte, B.L. & Kaczkowski, H. (1983). Anorexia nervosa: a study of psychiatrists' and psychologists' opinions and practices. *International Journal of Eating Disorders* Vol. 2/No. 3: 87-92.

- Williamson, I. (1999). Why are gay men a high risk group for eating disturbance? *European Eating Disorders Review* 7: 1-4.
- Williamson, I. & Hartley, P. (1998). British Research into the increased vulnerability of young gay men to eating disturbance and body dissatisfaction. *European Eating Disorders Review* 6: 160-170.
- Wittchen, H.-U., Müller, N., Pfister, H., Winter, S. & Schmidtke, B. (1999). Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“. *Gesundheitswesen* 61 - Sonderheft 2: 216-222.
- Wittchen, H.-U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S. & Zaudig, M. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse I: Psychische Störungen (SKID-I)*. Göttingen: Hogrefe.
- Woodside, D.B., Garfinkel, P.E., Lin, E., Goering, P., Kaplan, A.S., Goldbloom, D.S. & Kennedy, S.H. (2001). Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community. *American Journal of Psychiatry* 158: 570-574.
- Woodside, D.B. & Kaplan, A.S. (1994). Day hospital treatment in males with eating disorders – response and comparison to females. *Journal of Psychosomatic Research* 38, 5: 471-475.
- Yates, A., Leehey, K & Shisslak, C. (1983). Running: an analogue of anorexia? *New England Journal of Medicine* 308: 251-255.

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1	Experteneinschätzung des Schweregrades der Anorexia nervosa auf der Psychiatric Status Rating Scale (PSR) bei 2-, 6- und 12 Jahres Katamnese, Mittelwerte für Männer und Frauen	94
Abb. 2	Eßstörungsspezifischer Verlauf der Anorexia nervosa bei Männern und Frauen im Eating Disorder Inventory (EDI), Mittelwerte bei Erstmessung und 2-, 6- und 12 Jahres Katamnese	96
Abb. 3	Ergebnis der Trendanalyse für Männer und Frauen mit Anorexia nervosa (AN) – EDI-Skala „Schlankheitsstreben“	100
Abb. 4	Ergebnis der Trendanalyse für Männer und Frauen mit Anorexia nervosa (AN) – EDI-Skala „Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper“	101
Abb. 5	BMI – Perzentile für Männer und Frauen mit Anorexia nervosa bei Erstmessung und 2-, 6- und 12 Jahres Katamnese	103
Abb. 6	Experteneinschätzung des Schweregrades der Bulimia nervosa auf der Psychiatric Status Rating Scale (PSR), Mittelwerte für Männer und Frauen bei Katamnese nach 2, 6 und 12 Jahren	108
Abb. 7	Eßstörungsspezifischer Verlauf der Bulimia nervosa bei Männern und Frauen im Eating Disorder Inventory (EDI), Mittelwerte bei Erstmessung und 2-, 6- und 12 Jahres Katamnese	110
Abb. 8	Ergebnis der Trendanalyse für Männer und Frauen mit Bulimia nervosa (BN) – EDI-Summenwert	114
Abb. 9	Ergebnis der Trendanalyse für Männer und Frauen mit Bulimia nervosa (BN) – EDI-Skala „Bulimie“	115
Abb. 10	BMI – Perzentile bei Männern und Frauen mit Bulimia nervosa bei Erstmessung und 2-, 6- und 12 Jahres Katamnese	117

TABELLENVERZEICHNIS

Tab. 1	Diagnostische Zusammensetzung der Gesamtstichprobe	60
Tab. 2	Rücklaufquoten der Männer-Stichprobe (Anorexia nervosa und Bulimia nervosa), Absolutzahlen	61
Tab. 3	Rücklaufquoten der Gesamtstichprobe	61
Tab. 4	Altersdaten und Dauer der Eßstörung - Anorexia nervosa	83
Tab. 5	Länge der Katamneseintervalle - Anorexia nervosa	83
Tab. 6	Altersdaten und Dauer der Eßstörung - Bulimia nervosa	84
Tab. 7	Länge der Katamneseintervalle - Bulimia nervosa	84
Tab. 8	Mortalitätsraten – Männer	86
Tab. 9	Mortalitätsraten – Frauen	86
Tab. 10	Soziodemographische Kennwerte der Männer und Frauen mit Anorexia nervosa bei Katamnese	88
Tab. 11	Soziodemographische Kennwerte der Männer und Frauen mit Bulimia nervosa bei Katamnese	90
Tab. 12	Häufigkeit der Diagnosen bei Anorexia nervosa im Katamnesezeitraum für Männer und Frauen nach 2, 6 und 12 Jahren	92
Tab. 13	Mittelwerte für Männer und Frauen zur Experteneinschätzung des Schweregrades der Anorexia nervosa auf der Psychiatric Status Rating Scale (PSR) bei Katamnese nach 2, 6 und 12 Jahren	94
Tab. 14	Skalenwerte des Eating Disorder Inventory (EDI) für Männer und Frauen mit Anorexia nervosa	97
Tab. 15	Kennzahlen zu BMI – Perzentilen für Männer und Frauen mit Anorexia nervosa bei Katamnese nach 2, 6 und 12 Jahren	104
Tab. 16	Exzessiver Bewegungsdrang bei Anorexia nervosa	105

Tab. 17	Häufigkeit der Diagnosen bei Bulimia nervosa im Katamnesezeitraum für Männer und Frauen nach 2, 6 und 12 Jahren	106
Tab. 18	Mittelwerte für Männer und Frauen zur Experteneinschätzung des Schweregrades der Bulimia nervosa auf der Psychiatric Status Rating Scale (PSR) bei Katamnese nach 2, 6 und 12 Jahren	108
Tab. 19	Skalenwerte des Eating Disorder Inventory (EDI) für Männer und Frauen mit Bulimia nervosa.....	111
Tab. 20	Kennzahlen zu BMI – Perzentilen für Männer und Frauen mit Bulimia nervosa bei Katamnese nach 2, 6 und 12 Jahren	117
Tab. 21	Exzessiver Bewegungsdrang bei Bulimia nervosa	119
Tab. 22	Lebenszeit-Prävalenzen von DSM-IV Störungen bei Männern und Frauen mit Anorexia nervosa (59 Männer und 59 Frauen).....	120
Tab. 23	Skalen und Kennwerte der Symptom Check List–90-R (SCL-90-R) für Männer und Frauen mit Anorexia nervosa.....	123
Tab. 24	Normwerte des SCL-90-R für Männer und Frauen – altersspezifisch nach Jahren (Franke, 2002).....	127
Tab. 25	Lebenszeit-Prävalenzen von DSM-IV Störungen bei Männern und Frauen mit Bulimia nervosa (53 Männer und 55 Frauen).....	128
Tab. 26	Skalen und Kennwerte der Symptom Check List–90-R (SCL-90-R) für Männer und Frauen mit Bulimia nervosa	131
Tab. 27	Sexuelle Neigung (lifetime) bei Männern und Frauen mit Anorexia nervosa	135
Tab. 28	Homosexuelle Partnerbeziehung (lifetime) bei Männern und Frauen mit Anorexia nervosa	136
Tab. 29	Homosexualität bei Männern und Frauen mit Anorexia nervosa – lifetime..	136
Tab. 30	Sexuelle Neigung (lifetime) bei Männern und Frauen mit Bulimia nervosa .	137
Tab. 31	Homosexuelle Partnerbeziehung (lifetime) bei Männern und Frauen mit Bulimia nervosa	137
Tab. 32	Homosexualität bei Männern und Frauen mit Bulimia nervosa	138

ANHANG

Screening für nicht näher bezeichnete Eßstörungen (Eßstörungen-NNB)

FRAGEBOGEN FÜR NACHUNTERSUCHUNG I ZUM VERLAUF VON ESS-STÖRUNGEN BEI MÄNNERN



**1. Was war Ihr niedrigstes, was Ihr höchstes Gewicht überhaupt seit der Pubertät?
Wie groß sind Sie?**

a) Körpergröße jetzt:..... _____ cm

b) Gewicht (in kg): jetzt:..... _____ , ____ kg

c) Gewicht (in kg) Minimum:..... _____ , ____ kg

Wie alt waren Sie, als sie dieses Gewicht hatten? _____ Jahre

d) Gewicht (in kg) Maximum:..... _____ , ____ kg

Wie alt waren Sie, als sie dieses Gewicht hatten? _____ Jahre

Im folgenden finden Sie einige Fragen über seelische Probleme im Zusammenhang mit Eßstörungen. Bitte geben Sie für jede Frage global an, inwieweit sie in den letzten 3 Monaten (= derzeit) und inwieweit sie früher (ca. seit dem 10. Lebensjahr bis 3 Monate vor dem heutigen Tag) für Sie zugetroffen hat. Notieren Sie zu jeder Frage/Feststellung auf der linken Linie, inwieweit sie in den letzten 3 Monaten und auf der rechten Linie, inwieweit sie irgendwann einmal früher für Sie zugetroffen hat (maximale Ausprägung ohne die letzten 3 Monate).

Schreiben also Sie auf die Linien eine Zahl zwischen 0 und 4, je nachdem, wie zutreffend Sie die Feststellung zu einem Bereich für sich selbst finden. Wenn zum Beispiel die Feststellung für die letzten 3 Monate deutlich zutraf, schreiben Sie eine 2 auf die linke Linie; wenn sie früher einmal sehr stark zutraf, schreiben Sie eine 4 auf die rechte Linie. Im Anschluß finden Sie ein Beispiel:

	letzte 3 Monate	Stärkste Ausprägung früher
<p>Beispiel: (0) nein, traf nicht zu (1) leicht, traf leicht zu (2) deutlich, traf deutlich zu (3) stark, traf stark zu (4) sehr stark, traf sehr stark zu</p>	<p>_____ 2 _____</p>	<p>_____ 4 _____</p>

1. Ich hätte Angst, Panik oder starkes Unbehagen bekommen, wenn ich 3 bis 5 Kilo zugenommen hätte. (7)

- (0) traf nicht zu
- (1) traf leicht zu
- (2) traf deutlich zu
- (3) traf stark zu
- (4) traf sehr stark zu

letzte 3
Monate

stärkste
Auspräg.
früher

2. Mein Wunschgewicht aus heutiger Sicht ist (8):

_____ kg

3. Das niedrigste Gewicht, das ich jemals haben wollte, war (9):

_____ kg

4. Mein Selbstwertgefühl war abhängig von meiner Figur und meinem Gewicht. (10)

- (0) nein
- (1) leicht
- (2) deutlich
- (3) stark
- (4) sehr stark

letzte 3
Monate

stärkste
Auspräg.
früher

5. Ich habe kalorienhaltige Nahrungsmittel in den Mund genommen und gekaut (ohne sie herunterzuschlucken) und wieder ausgespuckt, um auf diese Weise die Kalorienzufuhr niedrig zu halten. (14)

- (0) nein
- (1) selten (bis 1 x/Monat)
- (2) gelegentlich (bis 1 x/Woche)
- (3) häufig (bis 1 x/Tag)
- (4) sehr häufig (mehrmals täglich)

letzte 3
Monate

stärkste
Auspräg.
früher

6. Ich habe geschlucktes Essen wieder hochgewürgt um es anschließend erneut zu kauen. (15)

- (0) nein
- (1) selten (bis 1 x/Monat)
- (2) gelegentlich (bis 1 x/Woche)
- (3) häufig (bis 1 x/Tag)
- (4) sehr häufig (mehrmals täglich)

letzte 3
Monate

früher

7. Obwohl andere (z. B. Ärzte) sagten, ich sei zu dünn, fand ich mich eher zu dick. (16)

- (0) traf nicht zu
- (1) traf leicht zu
- (2) traf deutlich zu
- (3) traf stark zu
- (4) traf sehr stark zu
- (5) sowohl ich als auch meine Ärzte waren der Meinung ich sei zu dick

letzte 3
Monate

größte
Auspräg.
früher

8. (Falls Sie jemals untergewichtig waren) Ich habe darüber hinweggesehen, daß mein Untergewicht möglicherweise negative Folgen für meine Gesundheit haben könnte. (17)

(0) nein, nie	letzte 3 Monate	früher
(1) traf leicht zu		
(2) traf deutlich zu		
(3) traf stark zu		
(4) traf sehr stark zu		
(8) Ich war nie untergewichtig	_____	_____

9. Ich hatte Eßattacken, während derer ich innerhalb kurzer Zeit (im allgemeinen weniger als 2 Stunden) große Mengen von Nahrung gegessen habe (auch andere Menschen würden die Menge als groß betrachten). (21b)

(0) nein	letzte 3 Monate	stärkste Auspräg. früher
(1) leicht		
(2) deutlich		
(3) stark		
(4) sehr stark	_____	_____

10. Wieviele Kalorien nahmen Sie bei einer Eßattacke etwa zu sich? (21a)

(0) ich hatte keine Eßattacken	letzte 3 Monate	stärkste Auspräg. früher
(1) weniger als 1000 kcal bei Eßattacke		
(2) mehr als 1000 kcal bei Eßattacke		
(3) mehr als 3000 kcal bei Eßattacke		
(4) mehr als 5000 kcal bei Eßattacke	_____	_____

11. Über einen Zeitraum von drei Monaten, wie häufig hatten Sie deutliche Eßattacken (d.h. mehr als ca. 1000 kcal pro Eßattacke)? (23)

(0) nie	über	stärkste Auspräg. über 3 Monate früher
(1) selten (ca. 1-4 mal im Monat)	letzte 3 Monate	
(2) gelegentlich (durchschnittlich mind. 2 x/Woche)		
(3) häufig (bis 1 x/täglich)		
(4) sehr häufig (mehrmals täglich)		
(5) mindestens 2 x/Woche aber nicht über 3 Monate oder länger	_____	_____

12. Über einen Zeitraum von sechs Monaten, wie häufig hatten Sie Eßattacken? (24)

(0) nie	letzte 6 Monate	stärkste Auspräg. über 6 Monate früher
(1) selten (ca. 1-4 mal im Monat)		
(2) gelegentlich, (durchschnittlich mind. 2 x/Woche)		
(3) häufig (bis 1 x/täglich)		
(4) sehr häufig (mehrmals täglich)		
(5) mindestens 2 x/Woche aber nicht über 6 Monate oder länger	_____	_____

13. Die Eßattacken fanden in der Regel an zwei verschiedenen Tagen der Woche statt. (25)

- (0) nein
- (1) ja
- (8) keine Eßattacken

letzte 3
Monate

früher

14. Während der Eßattacken habe ich das Gefühl gehabt, die Kontrolle über das Essen zu verlieren.(26)

- (0) nein
- (1) leicht
- (2) deutlich
früher
- (3) stark
- (4) sehr stark
- (8) entfällt (keine Eßattacken)

letzte 3
Monate

stärkste
Auspräg.

15. Merkmale meiner Eßattacken waren (27):

letzte 3
Monate

stärkste
Auspräg.
früher

- Während der Eßattacken aß ich wesentlich schneller als gewöhnlich.

- (0) nein
- (1) ja
- (8) keine Eßattacken

- Während der Eßattacken aß ich so lange, bis ich mich unangenehm voll fühlte.

- (0) nein
- (1) ja
- (8) keine Eßattacken

- Während einer Eßattacke nahm ich große Mengen Nahrung zu mir, ohne mich körperlich hungrig zu fühlen.

- (0) nein
- (1) ja
- (8) keine Eßattacken

- Während einer Eßattacke aß ich alleine, weil ich mich schämte, wieviel ich zu mir nahm.

- (0) nein
- (1) ja
- (8) keine Eßattacken

- Nach der Eßattacke fühlte ich mich von mir selbst angeekelt, depressiv oder ausgesprochen schuldig.

- (0) nein
- (1) ja
- (8) keine Eßattacken

16. Meine Eßattacken haben mich seelisch belastet. (28)

- | | | |
|------------------------------------|----------|----------|
| (0) nein | letzte 3 | stärkste |
| (1) leicht | Monate | Auspräg. |
| (2) deutlich
früher | | |
| (3) stark | | |
| (4) sehr stark (z.B. Verzweiflung) | _____ | _____ |
| (8) entfällt, da keine Eßattacken | | |

17. Es kam vor, daß ich Nahrung erbrochen habe, um eine Gewichtszunahme zu vermeiden, oder um mich zu erleichtern. (35)

- | | | |
|---|----------|----------|
| (0) gar nicht | letzte 3 | stärkste |
| (1) seltenes Erbrechen (weniger als 2x/Woche) | Monate | Auspräg. |
| (2) gelegentliches bis öfteres Erbrechen (mindestens 2 x/Woche)
früher | | |
| (3) häufiges Erbrechen (bis 1 x täglich) | | |
| (4) sehr häufiges Erbrechen (mehrmals täglich) | _____ | _____ |

18. Ich habe das Erbrechen meist selbst herbeigeführt. (35b)

- | | | |
|-------------------|----------|--------|
| | letzte 3 | früher |
| | Monate | |
| (0) nein | | |
| (1) ja | | |
| (8) traf nicht zu | _____ | _____ |

19. Ich habe Abführmittel (Laxantien) eingenommen. (36)

- | | | |
|--|----------|----------|
| (0) nein | letzte 3 | stärkste |
| (1) selten (weniger als 2 x/Woche) | Monate | Auspräg. |
| (2) öfter (mind. 2x/Woche) - niedrige Dosis
früher | | |
| (3) häufig (bis 1 x täglich) - entsprechend einer hohen Tagesdosis | | |
| (4) sehr häufig (mehrmals täglich), entsprechend einer sehr hohen Tagesdosis | _____ | _____ |

20. Ich habe ein entwässerndes Medikament (Diuretikum) eingenommen, um auf diese Weise mein Gewicht zu verringern. (37)

- | | | |
|--|----------|----------|
| (0) nein | letzte 3 | stärkste |
| (1) selten (weniger als 2 x/Woche) - niedrige Dosis | Monate | Auspräg. |
| (2) öfter (mind. 2x/Woche) - mäßige Dosis
früher | | |
| (3) häufig (bis 1 x täglich) - hohe Dosis | | |
| (4) sehr häufig (mehrmals täglich), bzw. sehr hohe Dosis | _____ | _____ |

21. Ich habe Appetitzügler eingenommen, um auf diese Weise eine schlankere Figur zu erzielen. (38)

- | | | |
|--|----------|----------|
| (0) nein | letzte 3 | stärkste |
| (1) selten (weniger als 2 x/Woche) - niedrige Dosis | Monate | Auspräg. |
| (2) öfter (mind. 2x/Woche) - mäßige Dosis
früher | | |
| (3) häufig (bis 1 x täglich) - bzw. höhere Dosis | | |
| (4) sehr häufig (mehrmals täglich), bzw. sehr hohe Dosis | | |
-

22. Ich habe Medikamente zur Steigerung der Schilddrüsenfunktion eingenommen, um auf diese Weise eine schlankere Figur zu erreichen. (39)

- | | | |
|--|----------|----------|
| (0) nein | letzte 3 | stärkste |
| (1) selten (weniger als 2 x/Woche) - niedrige Dosis | Monate | Auspräg. |
| (2) öfter (mind. 2x/Woche) - mäßige Dosis
früher | | |
| (3) häufig (bis 1 x täglich) - bzw. höhere Dosis | | |
| (4) sehr häufig (mehrmals täglich), bzw. sehr hohe Dosis | | |
-

23. Ich habe als Zuckerkrankter meine Insulinbehandlungen vernachlässigt, um eine schlankere Figur zu erreichen. (40)

- | | | |
|--------------------------------------|----------|----------|
| (0) nein | letzte 3 | stärkste |
| (1) selten | Monate | Auspräg. |
| (2) des öfteren
früher | | |
| (3) häufig | | |
| (4) sehr häufig | | |
| (8) entfällt (keine Zuckerkrankheit) | | |
-

24. Ich habe länger als 24 Stunden gar nichts gegessen, um so eine schlankere Figur zu erreichen. (41)

- | | | |
|--|----------|----------|
| (0) nein | letzte 3 | stärkste |
| (1) selten (bis 1 Tag/Monat) | Monate | Auspräg. |
| (2) öfters (bis 1 Tag/Woche)
früher | | |
| (3) häufig (bis 1 Woche durchgehend) | | |
| (4) sehr häufig (länger als 1 Woche) | | |
-

25. Ich habe viel körperliche Bewegung betrieben. (42)

- | | | |
|--------------------------------------|----------|----------|
| (0) nein | letzte 3 | stärkste |
| (1) selten (weniger als 2 x/Woche) | Monate | Auspräg. |
| (2) öfter (mind. 2x/Woche)
früher | | |
| (3) häufig (bis 1 x täglich) | | |
| (4) sehr häufig (mehrmals täglich) | | |
-

26. Ich habe Einläufe verwendet, um eine Gewichtszunahme zu vermeiden. (43)

- | | | |
|--------------------------------------|----------|----------|
| (0) nein | letzte 3 | stärkste |
| (1) selten (weniger als 2 x / Woche) | Monate | Auspräg. |
| (2) öfters (mind. 2 x / Woche) | | |
| früher | | |
| (3) häufig (bis 1 x täglich) | | |
| (4) sehr häufig (mehrmals täglich) | _____ | _____ |

27. Ich habe Sachen wie z.B. Brechwurz (radix ipecacuana) eingenommen, die mir halfen, Erbrechen auszulösen. (44)

- | | | |
|--|----------|----------|
| (0) nein | letzte 3 | stärkste |
| (1) selten (weniger als 2 x/Woche- niedrige Dosis) | Monate | Auspräg. |
| (2) öfter (mind. 2x/Woche) - mäßige Dosis | | |
| früher | | |
| (3) häufig (bis 1 x täglich) - bzw. höhere Dosis | | |
| (4) sehr häufig (mehrmals täglich), bzw. sehr hohe Dosis | _____ | _____ |

28. Es gibt verschiedene unangemessene Möglichkeiten, einer Gewichtszunahme entgegenzuwirken, sog. 'gegensteuernde Maßnahmen'. Wie häufig haben Sie zumindest eines der folgenden Dinge getan:

1) Erbrechen, 2) Abführmittelmißbrauch, 3) Einnahme entwässernder Medikamente, 4) Einnahme von Appetitzüglern, 5) Einnahme eines Medikamentes zur Steigerung der Schilddrüsenfunktion, 6) Vernachlässigung einer erforderlichen Insulinbehandlung, 7) Fasten, 8) exzessive körperliche Bewegung, 9) Einläufe oder 10) Einnahme von Brechwurz. (45)

- | | | |
|--|----------|--------|
| (0) nein (ich habe niemals etwas Derartiges getan) | | |
| (1) Ich hatte eine oder mehrere der 10 oben aufgelisteten Verhaltensweisen zusammengekommen <u>mindestens 2 x pro Woche</u> über einen Zeitraum <u>von 3 Monaten oder länger</u> angewendet | letzte 3 | früher |
| (2) Ich hatte eine oder mehrere der 10 oben aufgelisteten Verhaltensweisen zusammengekommen <u>weniger als 2 x pro Woche</u> über einen Zeitraum <u>von 3 Monaten oder länger</u> angewendet | Monate | |
| (3) Ich hatte eine oder mehrere der 10 oben aufgelisteten Verhaltensweisen zusammengekommen <u>mindestens 2 x pro Woche kürzer als 3 Monate lang</u> angewendet | | |
| (4) Ich hatte eine oder mehrere der 10 oben aufgelisteten Verhaltensweisen zusammengekommen <u>weniger als 2 x pro Woche über einen kürzeren Zeitraum als 3 Monate</u> angewendet | _____ | _____ |

29. In Zeiten, in denen ich Verhaltensweisen, wie die oben aufgeführten angewendet habe, war mein niedrigstes Gewicht etwa (46):

Kodierte 888, wenn keine der aufgelisteten Verhaltensweisen angewendet wurde.

_____ kg

30. In Zeiten, in denen ich gegensteuernde Maßnahmen, wie oben aufgelistet, angewendet habe, traten immer auch deutliche „Freßanfälle“ auf (mehr als 1000 kcal). (46b)

- (0) nein
- (1) ja
- (8) keine gegensteuernden Maßnahmen

letzte 3 Monate	früher
_____	_____

31. Als gegensteuernde Maßnahmen habe ich verwendet (47):

- (0) regelmäßige **Diäten, Fasten** oder viel körperliche **Bewegung** (Sport etc.); weitere der oben aufgeführten Maßnahmen (z.B. Erbrechen) habe ich so gut wie nie angewendet.
- (1) habe regelmäßig **Erbrechen** herbeigeführt **oder Abführmittel**, entwässernde **Medikamente, Appetitzügler, Einläufe**, Medikamente zur Steigerung der **Schilddrüsenfunktion** oder Mittel wie z.B. **Brechwurz** eingenommen (wobei Diäten, Fasten oder übermäßige Bewegung auch vorkommen konnten).
- (3) Ich hatte sowohl Phasen wie unter (0) beschrieben, als auch solche, wie unter (1) beschrieben
- (8) Ich habe **nie irgendwelche der gegensteuernden Maßnahmen** (Diäten, Fasten, Erbrechen etc.) angewendet.

letzte 3 Monate	früher
_____	_____



32. Gab es eine Zeit, in der die folgenden 3 Bedingungen gleichzeitig bei Ihnen erfüllt waren? (48)

1. niedriges Gewicht (in etwa das von Ihnen angegebene Mindestgewicht)
 2. starke Angst oder Panik vor Gewichtszunahme
 3. ein Gefühl, zu dick zu sein oder eine deutliche Abhängigkeit des Selbstwertgefühls von Ihrer Figur oder Ihrem Gewicht oder ein Hinwegsehen über mögliche negative Folgen des Untergewichtes
- (0) nein, nie waren alle 3 Bedingungen gleich zeitig erfüllt
 - (1) ja, es gab eine Zeit, in der alle 3 Bedingungen gleichzeitig erfüllt waren

letzte 3 Monate	früher
_____	_____

Falls ja, wie alt waren Sie, als diese Bedingungen das erste Mal gleichzeitig erfüllt waren?

_____ Jahre

33. Während einer anorektischen Episode(n) (d.h. Untergewicht, Angst vor Gewichtszunahme, Selbstwertgefühl abhängig von Figur und Gewicht) hatte ich „Freßanfälle“ (über 1000 kcal). (49a)

- | | | |
|--|----------|--------|
| (0) nie | letzte 3 | früher |
| (1) ja, aber nicht regelmäßig | Monate | |
| (2) ja, regelmäßig | | |
| (3) es gab sowohl anorektische Episoden, in denen ich „Freßanfälle“ hatte und Episoden, in denen ich keine hatte | | |
| (8) traf nicht zu, da ich nie magersüchtig war | _____ | _____ |

34. Während einer anorektischen Episode(n) habe ich regelmäßig Dinge gemacht, die mein Gewicht verringern sollten, wie z.B. Erbrechen, Abführmittel, entwässernde Medikamente, Appetitzügler, Einläufe, Brechwurz oder Medikamente zur Steigerung der Schilddrüsenfunktion angewendet. (49b)

- | | | |
|--|----------|--------|
| (0) nie | letzte 3 | früher |
| (1) ja, aber nicht regelmäßig | Monate | |
| (2) ja, regelmäßig | | |
| (3) es gab sowohl anorektische Phasen, in denen ich gegensteuernde Maßnahmen wie die erwähnten angewendet habe und Phasen, in denen ich keine benutzt habe | | |
| (8) entfällt, da ich nie magersüchtig war | _____ | _____ |

35. Gab es eine Zeit, in der die folgenden 4 Bedingungen gleichzeitig bei Ihnen erfüllt waren? (50)

1. Eßattacken, in deren Verlauf sie innerhalb kurzer Zeit große Mengen von Nahrung zu sich genommen haben bei einem gleichzeitigen Gefühl, die Kontrolle über das Essen zu verlieren.
2. Regelmäßige Anwendung unangemessener Maßnahmen, um einer Gewichtszunahme entgegenzuwirken, wie z.B. absichtliches Erbrechen, Einnahme von Laxantien, Diuretika, Appetitzüglern, Medikamenten zur Steigerung der Schilddrüsenfunktion oder Brechmittel, Vernachlässigung der Insulinbehandlung als Diabetiker, Fasten über mehr als 24 Stunden, exzessive körperliche Bewegung, Einläufe.
3. Eßattacken und Maßnahmen, die einer Gewichtszunahme entgegenwirken sollten, erfolgten beide im gleichen Zeitraum von 3 Monaten mindestens 2 mal wöchentlich.
4. Mein Selbstwertgefühl hing stark von Figur und Gewicht ab.

- | | | |
|---|----------|--------|
| (0) nein, nie waren alle vier Bedingungen gleichzeitig erfüllt | letzte 3 | früher |
| (1) ja, es gab eine Zeit, in der alle vier Bedingungen gleichzeitig erfüllt waren | Monate | |
| | _____ | _____ |

Falls ja, wie alt waren Sie, als diese Bedingungen das erste Mal gleichzeitig erfüllt waren?

_____Jahre

36. Traten „Eßanfälle“ ausschließlich in Zeiten auf, in denen Sie möglichst wenig aßen oder versuchten, Ihr Gewicht möglichst niedrig zu halten? (51a)

- (0) nein
- (1) ja
- (8) traf nicht zu (keine „Freßanfälle“)

letzte 3 Monate	früher
_____	_____

37. Haben Sie die unangemessenen Dinge, die einer Gewichtszunahme entgegenwirken sollten, ausschließlich in Zeiten angewendet, in denen Sie möglichst wenig aßen oder versuchten, Ihr Gewicht möglichst niedrig zu halten? (siehe auch Frage 34) (51b)

- (0) nein
- (1) ja
- (8) traf nicht zu (keine gegensteuernden Maßnahmen)

letzte 3 Monate	früher
_____	_____

38. Gab es eine Zeit, in der die folgenden 5 Bedingungen gleichzeitig bei Ihnen erfüllt waren? (52)

- 1. Eßattacken, in deren Verlauf ich innerhalb kurzer Zeit große Mengen von Nahrung zu sich genommen habe bei einem gleichzeitigen Gefühl, die Kontrolle über das Essen zu verlieren
- und 2. mindestens drei der folgenden Merkmale trafen für meine Eßattacken zu: ungewöhnlich schnelles Essen; Essen, bis ein unangenehmes Völlegefühl eingetreten ist; Essen von großen Mengen, ohne mich körperlich hungrig zu fühlen; allein essen; nach den Eßattacken fühlte ich mich angeekelt, depressiv oder schuldig
- und 3. ich fühlte mich besorgt oder gar verzweifelt wegen meiner Eßattacken
- und 4. die Eßattacken erfolgten an mindestens zwei verschiedenen Tagen in der Woche über mindestens 6 Monate hinweg
- und 5. Ich wendete in dieser Zeit keinerlei gegensteuernde Maßnahmen zur Vermeidung von Gewichtszunahme an (weder Erbrechen noch Laxantien etc.)

letzte 3 Monate	früher
--------------------	--------

- (0) nein, nie waren alle fünf Bedingungen gleichzeitig erfüllt
- (1) ja, es gab eine Zeit, in der alle fünf Bedingungen gleichzeitig erfüllt waren

_____	_____
-------	-------

Falls ja, wie alt waren Sie, als diese Bedingungen das erste Mal gleichzeitig erfüllt waren?

_____Jahre

VIELEN DANK!



Erklärung

Ich versichere, daß ich meine Dissertation

Eßstörungen bei Männern

Charakteristika des Verlaufs von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa
bei Männern und Vergleich mit einer weiblichen Stichprobe

selbständig, ohne unerlaubte Hilfe angefertigt und mich dabei keiner anderen als der von mir
ausdrücklich bezeichneten Quellen und Hilfen bedient habe.

Die Dissertation wurde in der jetzigen oder einer ähnlichen Form noch bei keiner anderen
Hochschule eingereicht und hat noch keinen sonstigen Prüfungszwecken gedient.

München, den 28. November 2003

Heidelinde Krenn