

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der  
Ludwig-Maximilians-Universität München

Direktor: Prof. Dr. H.-J. Möller

und dem Forschungsbereich Epidemiologie und Evaluation der  
Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität

Vorstand: Prof. Dr. Manfred M. Fichter

# Mann vs. Frau

## Unterschiede und Gemeinsamkeiten im Krankheitsverlauf bei Essstörungen

Dissertation  
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin  
an der Medizinischen Fakultät der  
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Frederik Labouvie

aus

Neunkirchen/Saar

2008

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät  
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. M. Fichter

Mitberichterstatter: Prof. Dr. G. Laakmann  
Prof. Dr. A. Standl

Dekan: Prof. Dr. Dr. h.c. M. Reiser, FACR

Tag der mündlichen Prüfung: 04.12.2008

## **Abkürzungsverzeichnis**

ED = Eating Disorder = Essstörung

ED-NNB = Nicht näher bezeichnete Essstörung

AN = Anorexia Nervosa

BN = Bulimia Nervosa

BED = Binge Eating Disorder

BMI = Body Mass Image

SIAB = Strukturiertes Inventar für Anorektische und Bulimische Essstörungen

SIAB-EX = s.o. – Experteninterview

SIAB-S = s.o. - Selbsteinschätzung

EDI = Eating Disorder Inventory

TFEQ = Three Factor Eating Questionnaire

PSR = Psychiatric Status Rating Scale

SCL = Symptom Checklist

BSI = Barrat Impulsivity Scale

DSM = Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen

SKID = Strukturiertes Klinisches Interview für DSM

PS = Persönlichkeitsstörung

## **EINLEITUNG**

Verfolgt man die Nachrichten der letzten Jahre, dann kann man zu Recht vermuten, dass das Thema Gesundheit und Essen eine zunehmende Bedeutung gewinnt. Einige Schlagworte verdeutlichen dies: Gammelfleischskandal, gentechnologisch veränderte Lebensmittel, Rinderwahn, Hungersnöte in der Dritten Welt und andererseits Zunahme der Fettleibigkeit in den westlichen Industriestaaten. Die Medien propagieren heutzutage zwar den Verbrauch von gesunden, „lighten“ Lebensmitteln, doch die persönliche Einstellung zu Nahrung und Essen scheint in Abhängigkeit von sozialen und kulturellen Faktoren gerade in der westlichen Welt immer problematischer zu werden. In den reichen Ländern der Erde hat sich der Stellenwert von Nahrung und Essen bis in die heutige Zeit entscheidend verändert. War früher das Essen durch ein Grundbedürfnis zum Überleben gekennzeichnet, so zeichnet es sich heute durch ein Bedürfnis zu Konsum und Überfluss aus. Barry Popkin, ein renommierter Ernährungswissenschaftler der University of North Carolina, betonte in seiner Rede auf der Jahreskonferenz der International Association of Agricultural Economists im Jahr 2006 in Brisbane dass es inzwischen auf der Erde mehr übergewichtige als unterernährte Menschen gibt (Popkin, 2006). Doch nicht nur die Anzahl der übergewichtigen Menschen steigt, sondern auch die Zahl der Menschen, die wegen einer Essstörung Hilfe in Anspruch nehmen, insbesondere die Zahl der essgestörten Männer (Braun, Sunday, Huang & Halmi, 1999). Diese ansteigende Zahl von Betroffenen führte in den letzten Jahren zu einem enormen Interesse der Medien an dem Thema Essstörungen. Die Aktualität des Themas zeigt sich auch in den zunehmenden wissenschaftlichen Veröffentlichungen. Die Problematik des Themas Essstörungen ist vielfältig und viele Fragen sind noch ungeklärt. Warum sind deutlich mehr Frauen von einer Essstörung betroffen? Wie ist das Zusammenspiel der verschiedenen Faktoren bei der Entstehung einer Essstörung? Wie ist der langfristige Verlauf bei den Patienten?

Die vorliegende Arbeit behandelt insbesondere das Thema der Essstörungen bei Männern unter Berücksichtigung der Symptomatik, des Verlaufs und des Genderaspekts.

Das erste Kapitel der Arbeit umfasst einen theoretischen Grundlagenteil (Kapitel 1). Hierzu gehört eine kurze Historie der drei Essstörungen AN, BN und BED, die Definition bzw. Klassifikation der verschiedenen Essstörungen einschliesslich Daten zur Epidemiologie. Eine genauere klinische Betrachtung erfolgt in den folgenden beiden Abschnitten. Hier wird auf die klinische Symptomatik und die Komorbidität der Krankheitsbilder eingegangen. Danach werden verschiedene Theorien zur Ätiologie der Störungen und mögliche Risikofaktoren für die Entstehung einer Essstörung erörtert. Im Kapitel Therapie wird über den neuesten Stand in der Therapie der Essstörungen berichtet. Als Abschluss des theoretischen Teils stehen Informationen zum Krankheitsverlauf und der Prognose der drei Essstörungen.

Im zweiten Kapitel wird die eigentliche Fragestellung der Studie beschrieben, die sich auf Essstörungen bei Männern bezieht unter besonderer Berücksichtigung des Genderaspekts.

Im dritten Kapitel werden die verwendeten Instrumente und statistischen Methoden vorgestellt.

Im vierten Kapitel werden die ermittelten Ergebnisse dargestellt und erläutert.

Die Diskussion der Ergebnisse im Kontext mit der aktuellen Fachliteratur erfolgt im fünften Kapitel.

Abschliessend erfolgt im Kapitel 6 eine kurze Zusammenfassung der gesamten Studie mit Ihren Ergebnissen und Folgerungen.

<b>EINLEITUNG.....</b>	<b>4</b>
<b>1 THEORETISCHE GRUNDLAGEN .....</b>	<b>12</b>
1.1 Historische Betrachtung und Forschung über Essstörungen bei Männern .	12
1.2 Definition bzw. Klassifikation von Essstörungen .....	13
1.2.1 Anorexia nervosa .....	14
1.2.2 Bulimia nervosa .....	15
1.2.3 Nicht näher bezeichnete Essstörungen .....	16
1.3 Epidemiologie .....	18
1.3.1 Anorexia Nervosa .....	18
1.3.2 Bulimia nervosa .....	19
1.3.3 Binge Eating Disorder .....	19
1.4 Klinisches Bild der Essstörung.....	20
1.4.1 Anorexia nervosa .....	20
1.4.2 Bulimia nervosa .....	21
1.4.3 Binge Eating Disorder .....	22
1.5 Psychiatrische Komorbidität bei Essstörungen .....	22
1.5.1 Affektive Störungen.....	23
1.5.2 Substanzmissbrauch/Substanzabhängigkeit .....	23
1.5.3 Persönlichkeitsstörungen.....	24
1.5.4 Zwangsstörungen, Angststörungen, schizophrene/psychotische Störungen.....	24

1.6	Ätiologie der Essstörungen .....	25
1.6.1	Biologische Faktoren .....	25
1.6.2	Soziokulturelle Faktoren .....	26
1.6.3	Psychologische Faktoren.....	27
1.6.4	Risikofaktoren für die Entstehung einer Essstörung .....	27
1.6.4.1	Allgemeine Risikofaktoren .....	27
1.6.4.2	Spezielle Risikofaktoren für Männer .....	29
1.7	Therapie der Essstörungen.....	31
1.7.1	Anorexia nervosa .....	31
1.7.2	Bulimia nervosa .....	32
1.7.3	Binge Eating Disorder .....	32
1.7.4	Spezielle Aspekte zur Therapie bei Männern.....	32
1.8	Verlauf und Prognose bei Essstörungen.....	33
1.8.1	Anorexia nervosa .....	33
1.8.2	Bulimia nervosa .....	34
1.8.3	Binge Eating Disorder .....	35
<b>2</b>	<b>Fragestellung der Studie.....</b>	<b>36</b>
<b>3</b>	<b>Methoden .....</b>	<b>37</b>
3.1	Instrumente .....	37
3.1.1	Skalen zur Essstörungssymptomatik .....	37
3.1.1.1	Strukturiertes Inventar für Anorektische und Bulimische Essstörungen.....	37

3.1.1.2	Eating Disorder Inventory .....	38
3.1.1.3	Three-Factor-Eating-Questionnaire (TFEQ)/ Fragebogen zum Essverhalten (FEV).....	39
3.1.1.4	Psychiatric Status Rating Scale .....	40
3.1.1.5	Morgan-Russell Outcome Assessment Schedule.....	41
3.1.1.6	Body Mass Index .....	42
3.1.2	Skalen zur allgemeinen Psychopathologie .....	42
3.1.2.1	Symptom Checklist-90-R .....	42
3.1.2.2	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse I, Psychische Störungen 44	
3.1.2.3	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II, Persönlichkeitsstörungen.....	45
3.1.2.4	Beschwerden-Liste .....	46
3.1.2.5	Barratt Impulsiveness Scale .....	46
3.1.3	Eigenkonstruktionen .....	47
3.2	Schulung.....	47
3.3	Stichprobe.....	47
3.3.1	Definition der Männerstichprobe .....	47
3.3.2	Definition der Frauenstichprobe .....	49
3.4	Design.....	49
3.4.1	Ablauf der Datenerhebung.....	49
3.4.2	Das Interview .....	50
3.5	Statistische Auswerteverfahren.....	51



<b>4</b>	<b>ERGEBNISSE.....</b>	<b>52</b>
4.1	Anorexia Nervosa.....	52
4.1.1	Stichprobenbeschreibung .....	52
4.1.2	Soziodemographische Daten .....	54
4.1.3	Diagnosenverlauf der Anorexia Nervosa .....	56
4.1.4	Body Mass Index, SIAB und Psychiatric Status Rating Scale.....	58
4.1.5	Eating Disorder Inventory .....	61
4.1.6	Symptom Checklist .....	65
4.1.7	Psychiatrische Komorbidität.....	69
4.2	Bulimia Nervosa .....	71
	<b>Tabelle 14 zeigt die Zusammensetzung der Stichprobe BN.....</b>	<b>71</b>
4.2.1	Stichprobenbeschreibung .....	71
4.2.2	Soziodemographische Daten .....	72
4.2.3	Diagnosenverlauf der Bulimia Nervosa.....	73
4.2.4	SIAB, Body Mass Index und Psychiatric Status Rating Scale.....	73
4.2.5	Eating Disorder Inventory .....	76
4.2.6	Symptom Checklist .....	76
4.2.7	Psychiatrische Komorbidität.....	81
4.3	Binge Eating Disorder .....	82
4.3.1	Stichprobenbeschreibung .....	82
4.3.2	Soziodemographische Daten .....	83
4.3.3	Diagnosenverlauf der Binge Eating Disorder .....	84

4.3.4	SIAB, Body Mass Index und Psychiatric Status Rating Scale.....	84
4.3.5	Eating Disorder Inventory .....	84
4.3.6	Symptom Checklist .....	85
4.3.7	Psychiatrische Komorbidität.....	92
<b>5</b>	<b>DISKUSSION .....</b>	<b>93</b>
5.1	Ergebnisse zur Anorexia Nervosa.....	94
5.1.1	Alter bei Beginn und Dauer der Essstörung.....	94
5.1.2	Soziodemographische Daten.....	94
5.1.3	Verlauf der Essstörung .....	95
5.1.4	Psychiatrische Komorbidität.....	98
5.2	Ergebnisse zur Bulimia nervosa.....	99
5.2.1	Alter bei Beginn und Dauer der Essstörung.....	99
5.2.2	Soziodemographische Daten.....	99
5.2.3	Verlauf der Essstörung .....	99
5.2.4	Psychiatrische Komorbidität.....	101
5.3	Ergebnisse zur Binge Eating Disorder .....	103
5.3.1	Alter bei Beginn und Dauer der Essstörung.....	103
5.3.2	Soziodemographische Daten.....	103
5.3.3	Verlauf der Essstörung .....	103
5.3.4	Psychiatrische Komorbidität.....	104
<b>6</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG .....</b>	<b>105</b>
<b>7</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS .....</b>	<b>108</b>

<b>8</b>	<b>Anhang</b> .....	<b>127</b>
8.1	Tabellenverzeichnis .....	127
8.2	Danksagung.....	129
8.3	Lebenslauf .....	130

# 1 THEORETISCHE GRUNDLAGEN

## 1.1 Historische Betrachtung und Forschung über Essstörungen bei Männern

Im Zusammenhang mit Religion und der vorherrschenden Kultur gab es in allen Geschichtsepochen Menschen, die auf Essen verzichteten oder in Askese lebten. Das Fasten galt früher als symbolische Handlung mit meist mystischem Hintergrund und nicht als Mittel um Gewicht zu verlieren.

Ab dem 17. Jahrhundert beginnt die Geschichte der medizinisch dokumentierten Magersucht. 1689 verfasste der Engländer Richard Morton einen gut dokumentierten Fallbericht einer Pubertätsmagersucht eines 17-jährigen Jungen und publizierte sein Werk *Phthisiologia, seu Exercationes de Phthisi*, in dem er die Krankheit als „Auszehrung, bedingt durch Traurigkeit und ängstliche Sorgen“ beschrieb (Silverman, 1990). Weitere Fälle von männlichen Patienten mit Magersucht veröffentlichten Robert Whytt 1764 und Robert Willan 1790 (Silverman, 1990).

1874 benennt William Gull den bisherigen Krankheitsterminus „Apepsia hysterica“ in den bis heute geläufigen Begriff „Anorexia nervosa“ um, auch um zu betonen, dass die Krankheit keineswegs nur bei Frauen anzutreffen ist, wie der Begriff hysterica (aus dem griechischen hystera = Gebärmutter) vermuten lässt (Fichter, 1985). Im Zeitraum von 1870 bis 1970 existieren aus unterschiedlichen Gründen fast keine Berichte über männliche Patienten mit Essstörungen. Zum einen stimmte das Vorkommen der Essstörungen bei Männern nicht mit den damaligen psychoanalytischen Hypothesen überein, die die Ursache der Magersucht als Angst der Frau vor oraler Schwängerung interpretierten. Zum anderen wurden Essstörungen aufgrund der damals vorherrschenden Stereotypen generell sehr selten bei Männern diagnostiziert (Andersen, 1997).

Ab 1970 wurden zumeist Fallberichte (Gwirtsman, Roy-Byrne, Lerner & Yager, 1984; Robinson & Holden, 1986) und Studien mit Stichproben veröffentlicht, bei denen die Fallzahlen anfangs jedoch recht klein waren. Erst nach und nach wurden größere Fallstudien (Burns & Crisp, 1984; Fichter & Daser, 1987; Carlat, Camargo & Herzog 1997) und auch Verlaufsberichte (Deter, Köpp, Zipfel & Herzog, 1998) veröffentlicht.

Die Geschichte der Bulimia nervosa reicht bis in die Antike zurück. So war es bei den „Fressgelagen“ im alten Rom üblich, das Gegessene zu erbrechen, um anschliessend wieder größere Mengen Nahrung zu sich nehmen zu können. Doch während das Krankheitsbild der

AN bereits im 17. Jahrhundert erstmals von Morton dokumentiert wurde, dauerte es bis 1979 ehe die BN erstmalig von Russell benannt wurde. Erst 1980 beschrieb die American Psychiatric Association (APA) die BN erstmals als eigenständiges Krankheitsbild und nahm sie in die dritte Auflage des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-III) auf. Zuvor waren die bulimischen Patienten wegen der sich zum Teil ähnelnden Symptome (selbstinduziertes Erbrechen, Heißhunger) ebenfalls der Anorexie zugeteilt worden. Da viele der Patienten mit Bulimie keine anorektische Phase durchliefen und kein Untergewicht vorwiesen wurde es jedoch notwendig, eine Trennung der Krankheitsbilder vorzunehmen.

Das Krankheitsbild der Binge Eating Disorder (BED) wurde erstmalig 1959 von Stunkard beschrieben. Er beobachtete übergewichtige Patienten, die Fressattacken zeigten, aber keine gegensteuernden Maßnahmen ergriffen. Als eigenständige Diagnose gibt es die BED in den USA erst seit 1994. Deshalb ist es auch verständlich, dass zu diesem Krankheitsbild nur wenige Studien in der Fachliteratur existieren.

## **1.2 Definition bzw. Klassifikation von Essstörungen**

Unter einer Essstörung versteht man sowohl ein Zuviel als auch ein Zuwenig an Essen aufgrund eines unangemessenen Essverhaltens, wobei die Begriffe „Zuviel“ und „Zuwenig“ in die Dimension einer zumindest potenziellen Gesundheitsschädigung weisen (Fichter, 2000).

Störungen des Essverhaltens werden von der American Psychiatric Association (APA) im Diagnostischen und Statistischen Manual psychischer Störungen (DSM) näher definiert. Das DSM ist ein weltweit angewandtes Klassifikationssystem für psychische Störungen. Es bietet Informationen über diagnostische Merkmale, Nebenmerkmale, besondere kulturelle Merkmale, Alters- und Geschlechtsmerkmale, Differentialdiagnosen und Daten zur Prävalenz und zum Verlauf psychischer Störungen. Die erste Ausgabe wurde von der APA bereits 1952 veröffentlicht (DSM I), 1968 folgte die zweite (DSM II) und 1980 die dritte (DSM III) Ausgabe. Die aktuelle Ausgabe, das DSM IV, wurde von der APA 1994 herausgegeben. Die deutsche Übersetzung wurde 1996 veröffentlicht (Saß, Wittchen et al., 1996). Es existiert auch eine deutsche Bearbeitung des DSM IV (Saß, Wittchen et al., 1998). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat ebenfalls eine „International statistical Classification of Diseases and related health problems“ (ICD-10) erstellt, in der auch die Essstörungen definiert sind.

Diese Studie bezieht sich auf die Definition und Klassifikation der Essstörungen des DSM IV. Im Kapitel Essstörungen sind folgende Kategorien definiert:

- Anorexia nervosa mit der Unterscheidung Restriktiver bzw. „Binge Eating/Purging“ Typus
- Bulimia Nervosa mit der Unterscheidung „Purging“ bzw. „Nicht-Purging-Typus“
- Nicht näher bezeichnete Essstörung. Hierzu zählen Essstörungen, die die Kriterien für eine spezifische Essstörung nicht erfüllen, einschließlich der Binge Eating Disorder.

### **1.2.1 Anorexia nervosa**

Das Wort Anorexia stammt aus dem Griechischen und bedeutet Appetitlosigkeit oder fehlendes Verlangen. Der Begriff beschreibt das Krankheitsbild nur unzureichend, da bei den Betroffenen nicht eine Appetitlosigkeit zu beobachten ist, sondern eher ein bewusstes Unterdrücken des Appetits bzw. des Hungergefühls. Im Verlauf der Erkrankung verlieren die Betroffenen dann das normale Gefühl für Appetit, Hunger und Sättigung (Buchholz, 2001). Der Begriff nervosa weist auf eine Mitbeteiligung der Psyche hin.

Niedriges Körpergewicht, Körperschemastörungen und eine ausgeprägte Gewichtsphobie sind die Hauptkriterien einer AN. Die Gewichtsphobie beispielsweise unterscheidet die AN von einer sekundären Anorexie im Rahmen einer körperlichen Grunderkrankung (z.B. Vorliegen eines Malignoms). Bei Frauen existiert als zusätzliches Kriterium das Ausbleiben von mindestens drei aufeinander folgenden Menstruationszyklen (Amenorrhoe). Für Männer gibt es bisher noch kein entsprechendes endokrinologisches Merkmal im DSM IV. Um diese geschlechtsabhängige Variable zu umgehen, gibt es verschiedene Möglichkeiten. Es könnten entsprechende endokrinologische Merkmale für Männer in die diagnostischen Kriterien einbezogen werden, wie z.B. ein niedriger Testosteronspiegel oder das Nachlassen der sexuellen Libido. Anderson (1997) fordert in diesem Zusammenhang sogar die komplette Entfernung des endokrinologischen Kriteriums aus den diagnostischen Kriterien.

Im DSM IV, auf das sich diese Arbeit bezieht, wird die AN nach folgenden Kriterien definiert:

- 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:

- l 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.
- l „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.

(DSM IV, Deutsche Bearbeitung, Hofgrete 1998; S 229)

### **1.2.2 Bulimia nervosa**

Das Wort Bulimie ist eine Zusammensetzung aus den griechischen Wörtern bou = Stier und limos = Hunger und gibt somit gleich einen Hinweis auf eines der Hauptmerkmale der Bulimie, den unkontrollierten Heißhunger. Weitere wichtige Kriterien der Bulimie sind der Einsatz von gegensteuernden Maßnahmen wie z.B. selbstinduziertes Erbrechen, Laxantien- oder Diuretikamissbrauch sowie ein übermäßiger Einfluss von Figur und Körpergewicht auf die Selbstbewertung. 1987 wurden erstmals die Häufigkeit der Fressattacken und das unangemessene Kompensationsverhalten als diagnostische Merkmale in das DSM aufgenommen.

Die diagnostischen Kriterien für das Vorliegen einer BN im DSM IV lauten:

- A) Wiederholte Episoden von „Fressattacken“ (englisch: binge). Eine „Fressattacken“- Episode ist gekennzeichnet durch beide der folgenden Merkmale:
  - l 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.
  - l 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 zweimal 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:

- I „Purging“- Typus: Die Person induziert während der aktuellen Episode der Bulimia nervosa regelmäßig Erbrechen oder missbraucht Laxantien, Diuretika oder Klistiere.
- I „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.

(DSM IV, Deutsche Bearbeitung, Hofgrefe 1998, S.230)

### 1.2.3 Nicht näher bezeichnete Essstörungen

In der Kategorie der „Nicht näher bezeichnete Essstörungen“ (Essstörungen-NNB) werden die Störungen aufgeführt, die nicht eindeutig in die beiden Kategorien AN bzw. BN eingeordnet werden können. Eine Sonderstellung nimmt hier die BED ein, für die von vielen Autoren ebenfalls die Einführung einer eigenständigen diagnostischen Kategorie gefordert wird (Spitzer, Yanovski, Wadden, Marcus, Stunkard, Wing, Mitchell & Hasin, 1993) und die im Anhang B des DSM IV als „für weitere Forschung vorgesehen“ eingestuft wird. In der englischen Sprache wird das Wort „Binge“ im Zusammenhang mit exzessivem Trinken gebraucht. So kann Binge-Eating auch „Essen wie ein Besäufnis“ bedeuten oder auch „gieriges Essen“. Da es jedoch im Deutschen keinen geläufigen Ausdruck für die Binge Eating Disorder gibt, wird in dieser Arbeit der englische Begriff verwendet.

Die nicht näher bezeichneten Essstörungen werden im DSM IV folgendermaßen definiert:

- A) Bei einer Frau sind sämtliche Kriterien der Anorexia nervosa erfüllt, außer daß die Frau regelmäßig Menstruationen hat.
- B) Sämtliche Kriterien der Anorexia nervosa sind erfüllt, nur liegt das Körpergewicht der Person trotz erheblichen Gewichtsverlustes noch im Normalbereich.



- C) Sämtliche Kriterien der Bulimia nervosa sind erfüllt, jedoch sind die „Freßattacken“ und das unangemessene Kompensationsverhalten weniger häufig als zweimal pro Woche für eine Dauer von weniger als drei Monaten.
- D) 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).
- E) Wiederholtes Kauen und Ausspucken großer Nahrungsmengen, ohne sie herunterzuschlucken.
- F) „Binge-Eating Störung“: Wiederholte Episoden von „Fressattacken“ ohne die für Bulimia Nervosa charakteristischen regelmäßigen, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahmen. (DSM IV, Deutsche Bearbeitung, Hofgrete 1998, S.231)

Die Forschungskriterien für die Binge Eating Disorder im DSM IV lauten:

- A) Wiederholte Episoden von „Fressanfällen“. Eine Episode von „Fressanfällen“ ist durch die beiden folgenden Kriterien charakterisiert:
  - | Essen einer Nahrungsmenge in einem abgrenzbaren Zeitraum (z.B. in einem zweistündigen Zeitraum), die definitiv größer ist als die meisten Menschen in einem ähnlichen Zeitraum unter ähnlichen Umständen essen würden.
  - | Ein Gefühl des Kontrollverlustes über das Essen während der Episode (z.B. ein Gefühl, dass man mit dem Essen nicht aufhören kann bzw. nicht kontrollieren kann, was und wieviel man isst).
- B) Die Episoden von „Fressanfällen“ treten gemeinsam mit mindestens drei der folgenden Symptome auf:
  - | wesentlich schneller essen als normal,
  - | essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl,
  - | essen großer Nahrungsmengen, wenn man sich körperlich nicht hungrig fühlt,
  - | allein essen aus Verlegenheit über die Menge, die man isst,
  - | Ekelgefühle gegenüber sich selbst, Deprimiertheit oder große Schuldgefühle nach dem übermäßigen Essen
- C) Es besteht deutliches Leiden wegen der „Fressanfalle“.
- D) Die "Fressanfalle" treten im Durchschnitt an mindestens 2 Tagen in der Woche für 6 Monate auf.
- E) Die "Fressanfalle" gehen nicht mit dem regelmäßigen Einsatz von unangemessenen kompensatorischen Verhaltensweisen einher (z.B. "Purging-Verhalten", fasten oder exzessive körperliche Betätigung) und sie treten nicht ausschließlich im Verlauf einer Anorexia Nervosa oder Bulimia Nervosa auf.

(DSM IV, Deutsche Bearbeitung, Hofgrete 1998, Anhang B)

### **1.3 Epidemiologie**

Da zum Thema „Essstörungen bei Männern“ noch sehr wenige Forschungsergebnisse vorliegen, existieren auch nur wenige gesicherte epidemiologische Daten zur Prävalenz bzw. Inzidenz. In einigen früher durchgeführten Studien wurde über die männlichen Betroffenen oft nur am Rande berichtet oder sie wurden ganz ausgeschlossen (z.B. Götestam & Agras, 1995). Viele Studien weisen methodische Mängel auf, die die Aussagekraft und Generalisierbarkeit der Ergebnisse erschweren. Besonders die männlichen Stichproben sind oft zahlenmäßig zu gering um signifikante Aussagen treffen zu können. Diese niedrigen Stichprobenzahlen resultieren zum einen aus der niedrigen Prävalenz der Essstörungen bei Männern, zum anderen aus der fehlenden Krankheitseinsicht vieler Betroffener. Sie empfinden sich selbst nicht als krank und nehmen daher auch keine ärztliche Hilfe in Anspruch. Somit ist die genaue Zahl der Betroffenen nur als Dunkelziffer schätzbar. Durch die oben erwähnten methodischen Mängel sind viele der bisher durchgeführten Studien nicht repräsentativ. (Deter et al., 1998; Hall, Delahunt & Ellis, 1985; Andersen & Mickalide, 1983). Ein weiteres Problem vieler Studien liegt in ihren verschiedenen Designs, so dass die Vergleichbarkeit untereinander erschwert wird. Einige der Punkte, in denen sich die Studien zum Teil stark unterscheiden sind z.B. die Stichprobenauswahl und Repräsentativität der Stichproben, die Rücklaufquoten bei Fragebogeneinsatz, Selbsteinschätzung der Patienten vs. Experteneinschätzung und die Strenge der diagnostischen Kriterien (Garfinkel et al., 1995).

Um stichhaltige und aussagekräftige Studien zu erhalten, muss in Zukunft eine einheitliche Standardisierung gefunden werden, um eine Vergleichbarkeit der erhobenen Daten zu ermöglichen.

#### **1.3.1 Anorexia Nervosa**

Die AN scheint am häufigsten in industrialisierten Gesellschaften aufzutreten, in denen es einen Überfluss an Nahrung gibt und letztlich niemand hungern muss. Die Zahl der erkrankten Personen ist nur schwer festzustellen, da es eine große Dunkelziffer geben dürfte. Viele Betroffene zeigen eine ausgeprägte Krankheitsverleugnung und begeben sich aus dem Gefühl nicht krank zu sein auch nicht in Behandlung, andere erfüllen nicht alle erforderlichen diagnostischen Kriterien der AN (z.B. Fehlen der Amenorrhoe). Die meisten existierenden Daten zur Prävalenz der AN beziehen sich auf die westlichen Industrienationen.

Die Inzidenz der AN ist seit 1970 in Europa weitestgehend stabil geblieben (Hoek & van Hoeken, 2003). Die höchste gemessene Inzidenzrate mit 8,3 pro 100 000 pro Jahr stammt aus

einer amerikanischen Studie (Lucas et al., 1999). Gross angelegte Studien aus Europa gaben Inzidenzraten von 4,7 (Currin et al., 2005) und 7,7 pro 100 000 pro Jahr (Hoek et al., 2005) an. Die Inzidenz der AN bei Männern liegt wahrscheinlich unterhalb 1 Fall pro 100 000 Einwohner pro Jahr (Hoek et al., 1995; Lucas et al. 1999; Turnbull et al., 1996).

Prävalenzraten der AN (nach den DSM-IV Kriterien) liegen zwischen 0 % und 0,9 % (Hoek & van Hoeken, 2003). Die Prävalenz bei Männern liegt in verschiedenen Studien zwischen 0,16 % (Woodside et al., 2001) und 0,2 % (Götestam et al., 2003). Das Verhältnis von anorektischen Männern zu anorektischen Frauen wird meist mit 1:10 angegeben (Hsu et al., 2005; American Psychiatric Association, 1994).

### **1.3.2 Bulimia nervosa**

Einen ähnlichen Sachverhalt wie bei der AN kann man bei der BN beobachten, denn den Patienten ist ihre Krankheit noch weniger anzumerken als bei der AN, was die Dunkelziffer wiederum ansteigen lässt. Ebenso gibt es viele Fälle, die nicht alle Kriterien der BN erfüllen und im Schwellenbereich der Krankheit liegen.

Zur Inzidenz der BN wurden erst wenige Studien durchgeführt. Die Ergebnisse variierten von 5,5 Fälle/100 000/Jahr (Currin et al., 2005) bis zu maximal 13,5/100 000/Jahr (Soundy et al., 1995). Alle Studien sahen einen möglichen Rückgang der Inzidenzraten im Verlauf der 90er Jahre. Die Inzidenz der BN bei Männern liegt bei ca. 0,8 Fälle/100 000 Einwohner/Jahr (Hoek et al., 1995; Soundy et al., 1995).

Die Prävalenzrate für junge Frauen liegt bei ca. 1% (Hoek & van Hoeken, 2003). Der Erkrankungsgipfel liegt hier ca. zwischen 18 und 25 Jahren (French et al., 1996). Für die Prävalenz der BN bei Männern liegen die Werte zwischen 0,2 % (McCallum, 1993; Hsu, 1996; Carlat & Camargo, 1991) und 0,4 % (Götestam et al., 2003). Das Verhältnis Mann zu Frau liegt ähnlich wie bei der AN bei 1:10 (Fairburn & Beglin, 1990; Garfinkel et al. 1995). Einige Studien sehen gehäufte Fälle unter homosexuellen, jungen Männern (French et al., 1996).

### **1.3.3 Binge Eating Disorder**

Ähnlich wie bei den frühen Studien zur BN, ist die erste Generation der epidemiologischen Studien über die BED nur begrenzt aussagekräftig.

Deshalb existieren auch recht abweichende Angaben für die Prävalenz, es werden Werte zwischen 0,7 % und 10 % angegeben (American Psychiatric Association [APA], 1994; Basdevant et al., 1995; Bruce & Agras, 1992; Drewnowski, Yee, & Krahn, 1988; Göttestam & Agras, 1995; Spitzer et al., 1992, 1993). Die bisher veröffentlichten Studien lassen den Schluss zu, die BED trete deutlich häufiger bei Männern auf als AN und BN.

Das Verhältnis Mann zu Frau wird hier mit eins zu vier (APA, 1994; Fairburn & Beglin, 1990) eingestuft. Andere Studien geben Werte von bis zu 40% Männeranteil unter den Patienten mit einer BED an (Spitzer et al., 1992, 1993).

Besonders hohe Erkrankungsraten finden sich unter extrem adipösen Patienten, die wegen einer Essstörung oder ihres Übergewichts Hilfe suchen. In Adipositas-Selbsthilfegruppen fanden sich Erkrankungsraten zwischen 10 – 30 %. Bei Patienten, die sich als Therapie für eine Magenverkleinerung entschieden, fanden sich bis zu 50%, die die Kriterien einer BED erfüllten (Spitzer et al., 1992; Adami et al., 1995; Basdevant et al., 1995; Ricca et al., 2000). Es wird eine steigende Prävalenzrate in Korrelation zu einem steigenden BMI vermutet, die meisten Betroffenen sind somit adipös oder leiden an Übergewicht (Telch et al., 1988). Hohe Prävalenzraten sind auch unter Patienten mit einem Diabetes mellitus Typ 2 zu finden (Herpertz et al., 2000; Manucci et al., 1997).

## **1.4 Klinisches Bild der Essstörung**

### **1.4.1 Anorexia nervosa**

Die wichtigsten Symptome der Anorexie sind in den Kategorien des DSM IV aufgeführt und beinhalten Untergewicht, Angst vor einer Gewichtszunahme, Störung in der eigenen Körperwahrnehmung sowie hormonelle Veränderungen (Amenorrhoe).

Weitere Symptome lassen sich in körperliche und seelische Symptome unterteilen. Durch die Mangel-/Unterernährung bzw. die Anwendung von gegensteuernden Maßnahmen (z.B. Diuretika- oder Laxantienmissbrauch) kann es zu körperlichen Symptomen kommen, die dann evtl. erstmalig Angehörigen bzw. dem Hausarzt auffallen:

- | Kardiale Beschwerden: Bradykardie, Arrhythmie, Hypotonie, rezidivierende Synkopen
- | Hypoglykämie und Hypothyreose-Symptomatik (Kälteintoleranz, Müdigkeit, depressive Symptomatik, Haarausfall)
- | Spezifische Lanugobehaarung

- | Hypoproteinämie mit Ödemen
- | Niereninsuffizienz mit Elektrolytstörungen
- | Konzentrations- und Schlafstörungen
- | Osteoporose

Im seelischen Bereich zeigen die Betroffenen oft folgende Symptome:

- | Depressionen
- | Zwanghaftes Verhalten
- | Soziale Isolation
- | Rausch-/Suchtverhalten
- | Persönlichkeitsstörungen

Die essstörungsspezifische Symptomatik bei Frauen und Männern ist in der Regel sehr ähnlich (Olivardia, Pope, Mangweth & Hudson, 1995; Carlat et al., 1997; Braun et al., 1999; Woodside et al., 2001). Einige Studien kamen jedoch zu dem Ergebnis, dass leichte Unterschiede zwischen den Geschlechtern bestehen. Männer zeigten im Gegensatz zu Frauen häufiger einen erhöhten Bewegungsdrang und exzessivere sportliche Betätigung (Fichter & Daser, 1987; Oyebode, Boodhoo & Schapira, 1988; Sharp et al. 1994) sowie die für die Anorexia nervosa charakteristische Hyperaktivität (Burns & Crisp, 1985; Sterling & Segal, 1985; Margo, 1987; Fichter et al. 1985). Frauen zeigten häufiger einen Appetitzügler- bzw. Laxantienmissbrauch (Fichter & Daser, 1987; Sharp et al., 1994; Braun et al., 1999).

#### **1.4.2 Bulimia nervosa**

Die Hauptkriterien der BN sind nach DSM IV das wiederholte, über einen definierten Zeitraum auftretende Vorkommen von „Fressattacken“, wiederholte Anwendung von gegensteuernden Maßnahmen und ein übermäßiger Einfluss von Figur und Gewicht auf die Selbstbewertung. Auch hier lassen sich körperliche und seelische Symptome unterscheiden. Als Folge der Essattacken kann es zu gastrointestinalen Beschwerden oder Komplikationen wie zum Beispiel einer Pankreatitis oder einer Magenruptur kommen. Als Folge des Erbrechens können Zahnschäden, Entzündungen im oberen Gastrointestinaltrakt, Elektrolytstörungen oder eine ausgeprägte Refluxösophagitis auftreten. Die Folgen der anderen gegensteuernden Maßnahmen (Laxantien-, Diuretikamissbrauch) sind Elektrolytstörungen, Konzentrations-/Schlafstörungen, Ödeme, Diarrhoen/Obstipation bis hin zum Ileus, Herzbeschwerden und Blutbildveränderungen.

Die seelischen Symptome entsprechen weitestgehend denen einer AN: Depressionen, Rausch-/Suchtverhalten und Persönlichkeitsstörungen.

Auch bei der Bulimie gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede. Wie bei der Anorexie zeigten die Männer seltener gegensteuernde Maßnahmen wie Diäten, Laxantien-/Diuretika- oder Appetitzüglermisbrauch, Einläufe und selbstinduziertes Erbrechen (Schneider & Agras, 1987; Garfinkel et al., 1995). Bulimische Männer machten sich weniger Sorgen in Bezug auf die Essattacken und legten weniger Wert auf die Gewichtskontrolle (Carlat & Camargo, 1991; Schneider & Agras, 1987; Woodside & Kaplan, 1994).

### **1.4.3 Binge Eating Disorder**

Bei der BED haben die Patienten als wichtiges diagnostisches Kriterium regelmäßige Fressattacken, es fehlen jedoch die gegenregulierenden Maßnahmen wie Erbrechen, Laxantienabusus oder exzessive Bewegung. Die Patienten sind wegen der Fressattacken oft übergewichtig und zeigen die gleiche körperliche Symptomatik wie adipöse Patienten (z.B. Hypertonie, kardiale Erkrankungen, Gefäßerkrankungen, Diabetes Mellitus Typ 2, Dyslipidämie). Ein erhöhtes Vorkommen der Binge Eating Disorder war bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 zu beobachten (Crow, Kendall, Praus, Thuras, 2001). Als spezifische körperliche Symptome bei Männern mit BED fanden sich Schulter- und Nackenschmerzen, Rückenbeschwerden und chronische Muskelschmerzen (Reichborn-Kjennerud, Bulik, Sullivan, Trambis, Harris, 2004). Im Gegensatz zu übergewichtigen Menschen hatten die Patienten mit BED jedoch ein erhöhtes Vorkommen von psychiatrischen Erkrankungen wie Angststörungen, Depressionen oder Substanzmissbrauch (Mitchell & Mussell, 2000; Yanovski, Nelson, Dubbert, Spitzer, 1993).

### **1.5 Psychiatrische Komorbidität bei Essstörungen**

Sehr häufig tritt die Essstörung bei den Patienten nicht als alleinige Krankheit auf, es existieren hohe Komorbiditätsraten mit anderen psychiatrischen Achse I- oder Achse II-Störungen, die im DSM IV definiert sind. Dies trifft für beide Geschlechter gleichermaßen zu (Woodside et al., 2001).

Auch hier besteht das Problem, dass bei vielen der durchgeführten Studien die Stichproben nicht repräsentativ und meist zu klein sind. In manchen der Studien fehlt eine Experteneinschätzung komplett (z.B. nur Selbsteinschätzung des Patienten mit Fragebogen)

und es liegen zum Teil stark voneinander abweichende Daten vor (Grilo et al., 1997; Rosenvinge, Martinussen, & Ostensen, 2000; Skodol et al., 1993; Vitousek & Manke, 1994).

### **1.5.1 Affektive Störungen**

Sowohl bei der AN als auch bei der BN zeigen sich hohe Raten von depressiven Störungen im Vergleich zur Normalbevölkerung (Woodside et al., 2001; Carlat et al., 1997; Olivardia et al., 1995; Striegel-Moore et al., 1999). Carlat fand in seiner Studie bei 54% der untersuchten Männer eine Major Depression als Komorbidität. Einige Studien berichten über eine gleiche Häufigkeit im Auftreten depressiver Störungen bei Männern und Frauen (Pope et al., 1986; Sharp et al., 1994). Pope et al. diagnostizierten in ihrer Studie von 1986 bei 67% der untersuchten Männer (N=15) eine affektive Störung zum Zeitpunkt der Untersuchung und/oder in der Vergangenheit. Diese Quote zeigte keinen signifikanten Unterschied im Vergleich mit der Frauenstichprobe. Andere Studien fanden ein signifikant höheres Vorkommen affektiver Störungen bei Frauen (Woodside et al., 2001; Striegel-Moore et al., 1999).

Godart et al. (2007) führten zum Thema psychiatrische Komorbidität von Essstörungen und Affektiven Störungen eine kritische Literaturrecherche durch und diskutierten in ihrer Arbeit alle zwischen 1985 und 2002 zu diesem Thema veröffentlichten Artikel. Godart kam zu dem Ergebnis, dass es zwar einige Argumente für ein erhöhtes Vorkommen einer affektiven Störung als psychiatrische Komorbidität bei Patienten mit einer Essstörung gibt und dass ein früher Beginn einer affektiven Störung ein wichtiger Faktor bei der Entstehung einer Essstörung sein kann, er bemängelte jedoch, dass es hierfür in den bisherigen Studien keine überzeugenden Beweise gibt. Denn betrachtet man diese Studien genau, gibt es einige methodische Probleme. Zu wenige der Studien konnten eine Kontrollgruppe vorweisen und hatten keinen Vergleich bezüglich der Subtypen der Essstörungen (z.B. binge/purge AN und restriktive AN). Die Stichproben waren oft zu klein oder es wurden nur spezielle Patienten untersucht (z.B. nur Patienten in stationärer Behandlung). Bei fast keiner der Studien stand die Erforschung der Komorbidität im Vordergrund, sondern wurde nur als sekundäres Ziel miteinbezogen. Als Ergebnis dieser Problematik existieren sehr widersprüchliche und nur wenige klare Aussagen zu dieser Thematik, viele spezifische Fragen bleiben sogar ganz offen.

### **1.5.2 Substanzmissbrauch/Substanzabhängigkeit**

Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit bei einem Verwandten 1. Grades stellt ein erhöhtes Risiko dar, im Leben eine Essstörung zu entwickeln (Carlat & Camargo, 1991; Sharp et al., 1994;

Carlat, 1997). Bei Carlat (1997) hatten 37% der Männer eine positive Familienanamnese in Bezug auf Alkoholmissbrauch.

Mehrere Studien fanden ein erhöhtes Vorkommen von Alkoholmissbrauch bei essgestörten Personen im Vergleich zu nicht essgestörten Individuen, besonders trifft das auf die Patienten mit BN zu. (Dansky, Brewerton & Kilpatrick, 2000; Garfinkel et al., 1995; Carlat & Camargo, 1991; Suzuki, Takeda & Matsushita, 1995; Carlat, 1997). Bei Carlat (1997) zeigten 46% der Männerstichprobe (N=135) mit der Diagnose BN Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit, bei AN und BED waren es jeweils nur 14%.

Carlat et Camargo (1991) wiesen auf ein erhöhtes Vorkommen von Kokainmissbrauch bei bulimischen Patienten hin. Ross & Ivis (1999) fanden bei einer Stichprobe von Jugendlichen aus der Normalbevölkerung eine Häufung von Alkohol- und Tabakabusus bei Jugendlichen mit Essattacken ohne gegensteuernde Maßnahmen und eine Häufung von Cannabissmissbrauch bei Patienten, die gegensteuernde Maßnahmen ergreifen. Die Studie zeigte auch einen schwerwiegenderen und häufigeren Substanzabusus bei Jugendlichen.

Substanzmissbrauch bzw. -abusus scheint nur bei Patienten mit BN gehäuft vorzukommen. Für BED und AN zeigten Studien kein gehäuftes Vorkommen im Vergleich zur Kontrollgruppe (Wilson, 1999; Holderness et al. 1994).

### **1.5.3 Persönlichkeitsstörungen**

Vergleichbar hohe Zahlen für eine Persönlichkeitsstörung als psychiatrische Komorbidität stellen verschiedene Studien fest (Carlat et al., 1997; Andersen, 1993). Bei Männern finden sich insbesondere zwanghafte -, antisoziale -, Borderline- und narzisstische Persönlichkeitsstörung (Andersen, 1993; Carlat et al., 1997; Gwirtsman et al., 1983). In Carlat's Studie von 1997, die eine Stichprobe von 135 Männern mit AN, BN oder einer nicht näher bezeichneten Essstörung umfasste, hatten 71% der bulimischen Männer eine Persönlichkeitsstörung aus dem Bereich Cluster B.

Bei Frauen zeigt sich am häufigsten die Borderline Persönlichkeitsstörung (Rossiter, Agras, Telch & Schneider, 1993; Keel & Mitchell, 1997).

### **1.5.4 Zwangsstörungen, Angststörungen, schizophrene/psychotische Störungen**

Bei vielen der Patienten tritt entweder bereits vor Krankheitsbeginn (Sterling & Segal, 1985) oder im Verlauf der Krankheit ein zwangsgestörtes Verhalten auf (Sharp et al., 1994).



In Sharps Studie zeigten mehr als die Hälfte von 24 anorektischen Männern zwanghafte Persönlichkeitszüge und bei 63% der Männer traten Symptome von Zwangsstörungen auf. Schizophrene bzw. psychotische Störungen zeigen sich häufiger bei der Anorexia nervosa und im Vergleich der Geschlechter auch häufiger bei Männern (Carlat et al., 1997; Striegel-Moore et al., 1999).

Angststörungen treten auch gehäuft in Verbindung mit einer Essstörung auf, sie sind jedoch bei Frauen und Männern ungefähr in gleicher Zahl zu beobachten (Striegel-Moore, 1999; Carlat et al. 1997; Kaye, Bulik et al., 2004). Kaye et al. stellten in ihrer großen Stichprobe (N=672) bei 63,5 % der Probanden die Diagnose einer Angststörung und fanden eine gleichmäßige Verteilung der Angststörung auf die verschiedenen Essstörungen (AN, BN). Vergleichende Prozentwerte der Normalbevölkerung liegen deutlich niedriger, Raten liegen hier zwischen 12,7 % bis 30,5 % (Kessler et al., 1994; Wittchen & Essau, 1993).

Godart et al. (2002) führten zu dieser Thematik eine umfangreiche Literaturrecherche durch und diskutierten alle zu diesem Thema veröffentlichten Artikel der letzten Jahre.

## **1.6 Ätiologie der Essstörungen**

Im Bereich der Ursachenforschung gab es in den letzten Jahren immer wieder neue Aspekte, die die vorherrschenden Theorien ablösten und verdeutlichten, dass die Ätiologie der Essstörungen keineswegs auf einzelne Faktoren zurückzuführen sei, sondern dass hier ein multifaktorielles Geschehen vorliege, ein komplexes Zusammenspiel verschiedener Faktoren. Es werden sowohl interpersonelle (z.B. familiendynamische), intrapersonelle (z.B. genetische, biologische, persönlichkeitsbedingte) als auch soziokulturelle Faktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Essstörung verantwortlich gemacht

### **1.6.1 Biologische Faktoren**

Während man bis in die 80er Jahre des letzten Jahrhunderts von einer rein soziokulturellen Ursache der Essstörungen ausging, besteht heute kein Zweifel mehr daran, dass auch genetische und neurobiologische Faktoren eine wichtige Rolle in der Ätiologie der Essstörungen spielen (Bulik, Sullivan, Wade, Kendler, 2000). Die Forschung im molekulargenetischen Bereich geht von einem polygenetischen Ursprung aus (Grice, Halmi, Fichter et al., 2002; Bulik et al., 2003; Ribases et al. 2004). Die Neurobiologie sieht einen Zusammenhang mit einer Störung im Hypothalamus und frontotemporalen Gehirnarealen

(Uhler & Treasure, 2005). Es wird auch eine Störung im Serotoninhaushalt als Ursache diskutiert (Kaye et al., 2001).

Die Pubertät als biologischer Faktor spielt eine weitere wichtige Rolle. Jungen sind bei Beginn der Pubertät meist älter und somit psychologisch reifer und bewerten diese Phase eher positiv (Erlangen der sexuellen Reife, Körperveränderungen) (Andersen, 1997; Andersen & Holman, 1997; Striegel-Moore, Silberstein & Rodin, 1986).

Genetische Faktoren spielen ebenfalls eine Rolle: Existierende Studien zur familiären Häufung von Essstörungen zeigen ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Essstörung bei Angehörigen betroffener Patienten (Lilenfeld, Kaye et al., 2000; Strober et al., 2001). Große Zwillingsstudien kommen ebenfalls zu dem Ergebnis, dass eine genetische Komponente vorhanden sei (Kendler et al., 1991; Klump et al., 2001; Kortegeard et al., 2001).

### **1.6.2 Soziokulturelle Faktoren**

Eine weitere wichtige Rolle bei der Entstehung von Essstörungen spielen soziokulturelle Faktoren, dies lässt sich auch aus den demographischen Daten schliessen.

In Entwicklungsländern sind diese Störungen extrem selten und treten oft nur in reicheren Familien auf. In den westlichen Industrienationen hingegen mit einem deutlichen Nahrungsüberfluss finden die Essstörungen ihre größte Verbreitung. Schlankheit bei Frauen bzw. athletischer Körperbau bei Männern gilt als erstrebenswertes Schönheitsideal in der Gesellschaft und wird durchweg auch mit positiven Charaktereigenschaften assoziiert (Mishkind et al., 1986). So werden Kinder schon früh allgegenwärtig über die Medien mit einem Körperideal konfrontiert, das eigentlich unrealistisch ist, für ihre weitere Entwicklung jedoch schwerwiegende Folgen haben kann. Besonders junge Menschen mit mangelndem Selbstvertrauen können dem Druck, der neben den Medien auch über die Familie oder die Umgebung in der Schule und Freizeit vermittelt werden kann, nicht Stand halten und die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper geht schon früh verloren (Schur et al., 2000; Andersen & Holman, 1997). Aufgrund dieser Unzufriedenheit werden verschiedene Maßnahmen ergriffen um dem gängigen Schönheitsideal nachzueifern. Bei Männern zeigt sich eher eine exzessive sportliche Betätigung und bei Frauen eher Diäten als sozial akzeptierte Mittel dieses Ziel zu erreichen (Fichter & Daser, 1987; Oyebode et al., 1988; Sharp et al., 1994). Jedoch kann bereits jede bewusste Änderung des Essverhaltens zur Entwicklung einer Essstörung beitragen (Polivy & Herman, 1985).

Neuerdings gibt es insbesondere bei jungen Mädchen den Trend, die Essstörung als modernen Lifestyle zu kultivieren. Das Motto lautet „Die Essstörung ist ein Lebensstil- keine Krankheit!“ und findet gerade bei Jugendlichen eine schnell wachsende Anhängerschaft. Als Plattform zum Austausch dient den Anhängern das Internet, in dem man anonym und somit unerkant auftreten kann (Norris, Boydell, Pinhas & Katzman, 2006).

### **1.6.3 Psychologische Faktoren**

Auch psychologische Aspekte scheinen einen Einfluss auf Entstehung und Aufrechterhaltung einer Essstörung zu haben. Es existieren kognitiv-behavioristische Theorien (Fairburn, Shafran & Cooper, 1999), psychodynamische Ansätze sowie Hypothesen zur Geschlechtsrollenidentität (Mishkind et al., 1986; Andersen, 1992; Fichter & Daser, 1987). Verhaltenstherapeutische Ansätze sehen in der Entwicklung von Essstörungen eine Mischung aus klassischer und operanter Konditionierung und Modelllernen (Hautzinger, 1980). Aus psychoanalytischer Sicht stellen die Essstörungen Störungen auf der oralen Ebene dar. Die Betroffenen werden in ihrer Entwicklung mit mehreren Problemen konfrontiert: Angst vor dem Erwachsenwerden und der Sexualität, reduziertes Selbstwertgefühl, Perfektionismus, Kontrollbedürfnis und hohe Leistungsziele. Die Essstörung dient dann als vermeintliche Rettung, indem Sie ein Freisein von bewussten Ängsten, ein Gefühl der Selbstkontrolle, Eigenständigkeit und Identität erleben lässt (Bruch, 1991). Aus familiendynamischer Sicht gibt es mehrere charakteristische Aspekte in den betroffenen Familien: Überfürsorge der Eltern, Neigung zur Konfliktvermeidung und starre Systeme ohne Individuation.

### **1.6.4 Risikofaktoren für die Entstehung einer Essstörung**

Neben den oben erwähnten Faktoren gibt es noch weitere Risikofaktoren, die für die Entstehung einer Essstörung prädisponieren und zu unterschiedlichen Zeitpunkten auf die individuelle Entwicklung einwirken (Paxton, 1998).

#### **1.6.4.1 Allgemeine Risikofaktoren**

##### ***1.6.4.1.1 Perinatale Risikofaktoren, Kindheit und Familie***

Einige Studien erwähnen geburtsnahe Traumen sowie Frühgeburt als Risikofaktor für die Entwicklung einer AN. (Cnattinigi et al., 1999; Marchi & Cohen, 1990).

Erkrankungen innerhalb der Familie wie Essstörungen jeglicher Art, Depressionen, Substanzmissbrauch (besonders Alkohol) oder Adipositas steigern die Gefahr, an einer Essstörung zu erkranken (Fairburn et al. 1999; Fairburn et al., 1997; Fairburn et al., 1999).

Auch der Erziehungsstil der Eltern stellt einen Risikofaktor dar (überprotektiv, hohe Erwartungen und wenig Zuwendung) (Shoebriidge & Gowers, 2000; Fichter, 2005). Andere Studien sehen Familienaspekte wie Konfliktvermeidung, ein hoher Stellenwert von Aussehen und Figur, eine Präsentation einer heilen Familienwelt nach außen und ein fehlender Vater als Risikofaktoren an (Calam et al., 1990; Jaeger et al., 2002).

#### **1.6.4.1.2 Charaktereigenschaften**

Bestimmte Persönlichkeitsmerkmale gehen mit einem erhöhten Risiko der Entwicklung einer Essstörung einher. Zu diesen Charaktereigenschaften zählen ein pathologischer Perfektionismus, eine starke Impulsivität oder ein niedriges Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl, das zu stark vom eigenen Gewicht und Aussehen abhängt (Kaye et al. 1995). Diese Aspekte sind Ansatz der kognitiv-behavioristischen Therapie.

#### **1.6.4.1.3 Akute oder chronische Stresssituationen**

In einer großen Zahl der Fälle bei AN und BN führt die Konfrontation mit akuten oder chronischen Stresssituationen den Beginn einer Essstörung herbei (Gowers et al., 1996). Schmidt et al. (1997) untersuchten in einer Studie ob es spezifische Situationen gibt, die die Entwicklung einer Essstörung begünstigen. Das Ergebnis war, dass Persönlichkeitskrisen mit sexuellem Hintergrund, in denen Betroffene schamhafte oder abstossende Erfahrungen gemacht hatten (z.B. sexueller Missbrauch) zwar häufig der Entstehung einer AN vorausgingen, bei der Entwicklung einer BN jedoch kaum vorkamen.

Verschiedene Lebensphasen wie die Pubertät, Berufsfindung oder Partnerschaftssuche stellen Herausforderungen, Erwartungen und Pflichten dar, die die Entwicklung einer Essstörung begünstigen können. Magersucht stellt hier eine Regression in die Kindheit dar um diesen Pflichten und der Verantwortung auszuweichen. Heißhungerattacken stellen in diesem Zusammenhang auch einen Verdrängungsmechanismus dar (Fichter, 2005).

Nicht zu unterschätzen sind in diesem Zusammenhang auch individuelle Bewältigungsmechanismen solcher Situationen (Troop, Holbey & Treasure, 1998). Troop fand bei Frauen mit einer AN einen eher verdrängenden bzw. ausweichenden Bewältigungsstil (avoidant coping) und bei Patienten mit einer BN eine Rumination (cognitive rumination).

Eine weitere wichtige Rolle im Umgang mit Stresssituationen spielt die Unterstützung, die die Betroffenen durch ihr soziales Netzwerk erfahren (Tiller et al., 1997). Tiller fand heraus, dass Frauen mit einer AN weniger soziale Kontakte haben als Frauen ohne eine Essstörung. Sie sind aber mit diesen wenigen Kontakten und der dadurch erhaltenen persönlichen Unterstützung zufrieden. Bei Frauen mit einer BN verhält es sich gegensätzlich. Sie verfügen über nahezu gleich viele soziale Kontakte wie Frauen ohne eine Essstörung, sind aber unzufrieden mit der Unterstützung, die sie dadurch erhalten.

#### **1.6.4.2 Spezielle Risikofaktoren für Männer**

##### ***1.6.4.2.1 Prämorbides Gewicht***

Im Gegensatz zu Frauen konnte bei Männern häufiger ein prämorbid Übergewicht oder eine prämorbid Adipositas nachgewiesen werden, wobei dies eher für Patienten mit BN zutrifft (Carlat et al., 1997; Herzog et al., 1984; Sharp et al., 1994; Crisp et al., 1986).

##### ***1.6.4.2.2 Alter bei Beginn der Essstörung***

Carlat & Camargo (1991) fanden in ihrer Studie bei Frauen ein durchschnittliches Alter von 15 – 18 Jahren zu Beginn einer BN. Bei Männern dagegen lag das durchschnittliche Alter bei Beginn der BN zwischen 18 – 26 Jahren. Auch bei der AN liegen Studien vor, die die These eines späteren Krankheitsbeginns bei Männern stützen (Sharp et al., 1994; Braun et al., 1999; Striegel-Moore et al., 1999). Männer sind also in einem späteren Lebensabschnitt als Frauen gefährdet eine AN oder BN zu entwickeln.

##### ***1.6.4.2.3 Körperschema und Diätverhalten***

Hinsichtlich der eigenen Körperwahrnehmung gibt es laut einer Studie von Andersen (1995) Unterschiede zwischen den beiden Geschlechtern. Frauen fühlen sich oft noch mit normalem Gewicht als zu dick und beginnen eine Diät, bei Männern die eine Diät machen liegt eher ein tatsächliches Übergewicht vor. Frauen sind viel schneller und auch viel früher mit ihrem Körper unzufrieden als Männer (Striegel-Moore et al. 1986; Mishkind et al. 1986; Cohane & Pope, 2001). Eine kritische Phase bildet hier die Pubertät in der sich eine wichtige physische und psychische Entwicklung abspielt. Bei Frauen steigen der Körperfettanteil und das Körpergewicht binnen kurzer Zeit an. Bei Jungen liegt die Gewichtszunahme eher an einer Zunahme des Muskelgewebes. Beginnen Männer eine Diät, dann oft nicht mit dem primären Ziel Gewicht zu verlieren, sondern eher mit dem Ziel mehr Muskelmasse aufzubauen (Andersen, 1997). Im Vordergrund steht nicht wie bei den Frauen der absolute

Gewichtsverlust oder ein Wunschgewicht, sondern ein athletischer Körperbau. Schneider & Agras (1987) sowie Edwin & Anderson (1990) befragten Patienten mit der Diagnose einer BN und kamen zu dem Ergebnis, dass das Wunschgewicht bei den Männern deutlich höher lag als bei den Frauen, also für die Männer eher eine untergeordnete Rolle spielte. Aus diesem Grund ist bei Männern der Einsatz von Hilfsmitteln zur Gewichtsreduzierung (z.B. Laxantien, Appetitzügler) nicht so ausgeprägt wie bei den Frauen. Ein weiterer Grund dafür, dass Männer seltener zu „purging“-Verhalten greifen ist, dass sie durch einen höheren Grundumsatz schneller auf Diäten ansprechen (Striegel-Moore et al., 1986).

Bei Männern kann ein weiterer Grund eine Diät durchzuführen darin liegen, dass sie versuchen, Krankheiten und ihre möglichen Komplikationen, die sie bei ihrem eigenen Vater erlebt haben, zu vermeiden (Andersen, 1997).

#### **1.6.4.2.4 *Beruf und Sport***

Bestimmte Berufsgruppen bei Männern weisen ein erhöhtes Risiko an einer Essstörung zu erkranken auf. Zu nennen sind hier Berufe, in denen das Aussehen eine Rolle spielt (z.B. Model, Schauspieler), Berufe die traditionellerweise eher Frauenberufe sind (z.B. Krankenpfleger, Floristen), sowie Berufe in der Gastronomie (Carlat & Camargo, 1997). Eine Sonderstellung nehmen Berufssportler ein. Besonders gefährdet sind die Sportarten, bei denen es genau festgelegte Gewichtsklassen gibt (z.B. Boxen, Ringen) (Mitchell & Goff, 1985).

#### **1.6.4.2.5 *Sexualität***

Einige Studien fanden eine im Vergleich zu Frauen gehäufte Quote von Homosexualität bei Männern mit Essstörungen (Herzog et al., 1994; Carlat et al., 1997). Grund hierfür könnte sein, dass homosexuelle Männer ähnlich wie heterosexuelle Frauen attraktiv für eventuelle Partner sein wollen, sowie ein eng mit der körperlichen Erscheinung verknüpftes Selbstwertgefühl (Heffernan, 1994; Williamson, 1999; Silberstein et al., 1989).

Weitere Auffälligkeiten bezüglich der Sexualität ist bei essgestörten Männern darin zu sehen, dass Männer mit einer diagnostizierten AN in mehreren Studien eine im Vergleich zu Frauen deutlich erhöhte Quote von Asexualität und sexuellen Ängsten zeigten (Herzog et al., 1984; Fichter & Daser, 1987; Carlat et al., 1997).

## **1.7 Therapie der Essstörungen**

Es liegen in der Literatur keine Hinweise vor, dass sich die Behandlung von Männern mit Essstörungen von der mit essgestörten Frauen unterscheiden sollte (Woodside et al., 1995). 2004 wurden in Großbritannien von einem britischen Expertenteam erstmals Leitlinien für die Behandlung von AN, BN und anderen Essstörungen veröffentlicht (National Institute for Clinical Excellence, NICE). Diese Leitlinien sind streng evidenzbasiert und entsprechen den in der Fachwelt geforderten Standards (Wilson & Shafran, 2005). Die Therapieempfehlungen wurden je nach Studienlage in 3 Grade eingeteilt:

- | Grad A: ausreichend kontrollierte Studien vorhanden
- | Grad B: gute klinische, jedoch keine kontrollierten Untersuchungen vorhanden
- | Grad C: Expertenmeinung ohne ausreichende empirische Daten

### **1.7.1 Anorexia nervosa**

Für die AN liegen in den NICE-Leitlinien bisher noch keine allgemeingültigen Empfehlungen zur evidenzbasierten Therapie vor, die die Überlegenheit einer Therapieart bei AN belegen. Oft ist auf Grund des körperlichen Zustands, des progredienten Krankheitsbildes und der medizinischen Komplikationen bei der AN eine stationäre Therapie indiziert, die bei optimalen Bedingungen in einer spezialisierten Einrichtung vorgenommen wird. Ein wichtiger Aspekt ist der Motivationsaufbau bei Beginn oder bei Weiterführung einer begonnenen Therapie. Als Ziel der Therapie stehen die Normalisierung des Essverhaltens und ein Gewichtsaufbau, der nach dem stationären Aufenthalt auch ambulant weiter kontrolliert wird, im Vordergrund. Therapieansätze sind unter anderem die kognitiv-behavioristische Therapie, interpersonelle Psychotherapie, fokale psychodynamische Therapie und die familienzentrierte Therapie.

Die medikamentöse Therapie wird in den NICE-Leitlinien nicht als Routine empfohlen, da sie eher nur die Symptome verbessert. Nur bei bestehender Komorbidität (z.B. Angststörung, Depression) ist die medikamentöse Therapie fester Therapiebestandteil.

Als mögliches Rückfallprophylaktikum nach Gewichtsstabilisierung wird der Einsatz von Fluoxetin, einem Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmers (SSRI) diskutiert (De Zwaan & Kasper, 2006; Kaye et al. 2001).

### **1.7.2 Bulimia nervosa**

Einen sehr effektiven Ansatz in der Behandlung der BN stellt die kognitiv-behavioristische Therapie dar. Mit ihr sollen beim Patienten bestimmte dysfunktionale Denk- und Verhaltensweisen durchbrochen werden, die der Aufrechterhaltung der Essstörung dienen. Beispiele für dysfunktionale Schemen sind ein pathologischer Perfektionismus oder die Abhängigkeit des Selbstbewusstseins von Gewicht und Aussehen. Weiterhin soll der Kreislauf „strenge Diätregeln – Heißhunger – Essattacke - kompensatorisches Verhalten - erneute Diät“ durchbrochen werden. In der ersten Therapiephase stehen die Aufnahme einer therapeutischen Beziehung und die Normalisierung des Essverhaltens (z.B. durch Essprotokolle, therapeutisch begleitete Mahlzeiten) im Vordergrund, wobei das Hauptaugenmerk der Therapie nicht auf die Vergangenheit sondern eher auf die Gegenwart und Zukunft abzielt. Wichtige Prädiktoren für einen Therapieerfolg sind das Alter bei Ersttherapie und eine möglichst frühzeitige Reduktion der gegensteuernden Maßnahmen.

Zum Erfolg der medikamentösen Therapie bei der BN liegen verschiedene Studien vor. Für bestimmte Antidepressiva wird eine antibulimische Wirkung diskutiert (De Zwaan & Kasper, 2006). Als Medikament der ersten Wahl gilt hier der SSRI Fluoxetin.

Es besteht jedoch kein Konsens, dass eine kombinierte Therapie (medikamentös + verhaltenstherapeutisch) einer alleinigen Verhaltenstherapie überlegen ist (De Zwaan et al., 2003).

### **1.7.3 Binge Eating Disorder**

Da die Forschung im Bereich der BED noch nicht weit fortgeschritten ist, existieren hier noch keine gesicherten Daten. Verschiedene erfolgsversprechende Ansätze sind Antidepressiva (De Zwaan & Kasper, 2006), Selbsthilfeprogramme (Carter & Fairburn, 1998; Dunn et al., 2006), interpersonelle Psychotherapie, sowie als Mittel der Wahl die kognitiv-behavioristische Therapie (Wilfley et al., 2002). Primäres Ziel der Behandlung ist zuerst die Essstörung, erst danach eine eventuelle Gewichtsreduktion. Es gibt jedoch auch Hinweise auf eine relativ hohe Spontan-Remissionsrate bei der BED (Fairburn et al., 2000).

### **1.7.4 Spezielle Aspekte zur Therapie bei Männern**

Nach wie vor wird die Diagnose Essstörung von vielen Ärzten als reine Frauenkrankheit verstanden und somit besteht unverändert Aufklärungsbedarf hinsichtlich der differentialdiagnostischen Abgrenzung von Essstörungen (Noordenbos, 2003).



Gruppentherapien können, da das männliche Geschlecht zumeist unterrepräsentiert ist, nur in gemischt-geschlechtlichen Zusammensetzungen durchgeführt werden, was bestimmte Probleme aufwirft. Männer fühlen sich in diesem Rahmen oft mit ihren spezifischen, geschlechtsbezogenen Problemen nicht verstanden, benachteiligt oder gar ausgeschlossen. Im schlimmsten Falle fühlen sie sich stigmatisiert als Patient mit einer „Frauenkrankheit“ was sich auf die Behandlungseinsicht auswirkt und somit auch den Behandlungserfolg verschlechtert. Oft liegen auch ausgeprägte Vorurteile der weiblichen, selbst betroffenen Mitpatientinnen vor (Andersen, 1995) und es bestehen auf beiden Seiten Ängste und Hemmungen sich zu bestimmten intimen Themen wie Sexualität oder Missbrauch vor dem anderen Geschlecht zu äußern, sodass die Gruppentherapie erschwert wird.

Was homosexuelle Patienten angeht, sollte das therapeutische Umfeld die Homosexualität selbstverständlich als positiv bewerten, um Unsicherheit und Ängste bei den Betroffenen zu vermeiden (Williamson, 1999). Die Therapie sollte, wenn möglich, innerhalb der homosexuellen Subkultur stattfinden.

## **1.8 Verlauf und Prognose bei Essstörungen**

### **1.8.1 Anorexia nervosa**

AN zählt immer noch zu den psychiatrischen Krankheiten mit der höchsten Mortalitätsrate (Harris & Barraclough, 1998) und zeigt im Langzeitverlauf eine deutliche Tendenz: entweder erfolgt die Gesundung oder es besteht ein schwerer, chronischer Verlauf mit möglicher Todesfolge (Fichter, Quadflieg & Hedlund, 2006). Steinhausen (2002) gibt in seinem Überblick über 119 Studien zur AN (mit überwiegend weiblichen Patientinnen) ein Verlaufsergebnis von 46,9 % remittierten, 33,5 % gebesserten und 20,8 % chronischen Fällen an. Herzog et al. (1988) fanden Raten zwischen 17% und 77% für eine komplette Gesundung. Ein Problem in diesem Bereich, was zu recht unterschiedlichen Ergebnissen führt, ist die unterschiedliche Definition des Begriffs „Gesund“ in verschiedenen Studien (Coutourier, Lock, 2006). Alle Studien stimmten jedoch darin überein, dass die Normalisierung des Gewichts schneller und öfter erreicht wird als der Rückgang der psychologischen Symptome (Steinhausen, 2002). Die Mortalitätsrate für AN wird für eine Krankheitsdauer von 10-15 Jahren zwischen 0,71-17,8 % angegeben (Eckert et al. 1995; Strober et al. 1997; Crisp et al. 1992; Keel et al. 2003; Birmingham et al., 2005). Doch die bisher durchgeführten Studien sind sich in ihren Ergebnissen über Prädiktoren, die einen schweren oder guten Verlauf vorhersagen können nicht einig. Die Ergebnisse variieren in Stichprobengröße und Zeitpunkt

der Nachuntersuchung. Diskutiert werden folgende Aspekte als negative Prädiktoren: Schwere der Erkrankung, Höhe des Gewichtsverlusts in der Akutphase der Erkrankung, reduzierte oder nicht vorhandene sexuelle Aktivität bzw. sexuelle Probleme, Alter bei Beginn der Essstörung, Verhältnis zu den Eltern in der Kindheit, Impulsivität oder bulimischer Typ der AN. Als mögliche positive Prädiktoren werden Alter und Zeit bis Behandlungsbeginn, gute soziale Integration und Dauer der stationären Behandlung genannt.

Der Vergleich zwischen Männern und Frauen zeigt ebenfalls in den Studien unterschiedliche Ergebnisse, wobei meist ein ähnlicher Langzeitverlauf für beide Geschlechter angegeben wird (Woodside et al., 2001). Eingeschränkt werden die Ergebnisse durch die niedrige Zahl von männlichen Patienten, über deren Langzeitverlauf nur wenige Ergebnisse bekannt sind. Eine gute Literaturübersicht zu diesem Thema findet sich bei Berkman et al. (2007).

### **1.8.2 Bulimia nervosa**

Obwohl mittlerweile über den kurzfristigen Verlauf der BN relativ viel bekannt ist, herrscht über den Langzeitverlauf der BN noch viel Unklarheit (Quadflieg & Fichter, 2003), auch da nur sehr wenige Studien zu diesem Thema existieren. Auch hier werden wie bei der AN gewisse Prädiktoren für einen positiven bzw. negativen Verlauf diskutiert, wie z.B. psychiatrische Komorbidität, frühere Diagnose einer AN, Fettleibigkeit in der Kindheit, Alter bei Krankheitsbeginn, Dauer der Krankheit oder hohe Frequenz von Essattacken. Diese Prädiktoren lassen sich grob in folgende Untergruppen einteilen: Prädiktoren, die sich direkt auf den Patienten beziehen (Charaktereigenschaften, spezielle Essstörungssymptomatik, Psychopathologie), Prädiktoren die sich auf die Umgebung des Patienten beziehen (soziodemographische Daten wie Familienstand oder Ausbildung) und Prädiktoren, die sich auf die Behandlung des Patienten beziehen (Vaz, 1998). In einer Arbeit aus dem Jahre 2003 verglichen Fichter und Quadflieg die bisherige Literatur zum Verlauf der BN. Für den kurzfristigen Verlauf (bis ca. 4 Jahre als Verlaufsintervall) liegen die Raten für eine komplette Remission meist zwischen 30% und 50%. Je länger das Verlaufsintervall wird, desto weniger empirische Daten existieren über die BN. In den bisherigen Studien steigt der Prozentwert für eine teilweise oder komplette Remission im Langzeitverlauf weiter an, hier wurden Werte von bis zu 75% angegeben. Rückfallraten wurden mit Werten zwischen 26% und 43% angegeben. Es existieren jedoch recht abweichende Ergebnisse in diesem Bereich, was ähnlich wie bei der AN auch an den unterschiedlichen Definitionen für eine Remission liegt und an den verschiedenen langen Beobachtungszeiträumen. Da aber auch nach langen Beobachtungsintervallen immer noch ca. ein Viertel der Betroffenen an der Krankheit leidet

bzw. wieder rückfällig geworden ist, ist hier trotz verschiedener Behandlungsansätze ein recht hoher Anteil von chronischen Verläufen anzunehmen. Insgesamt ist im Vergleich zur AN jedoch ein besserer Langzeitverlauf mit einer Erhöhung der remittierten Patienten im Lauf der Jahre anzunehmen (Fichter & Quadflieg, 2004). Die Mortalitätsrate für BN wurde in verschiedenen Studien zwischen 0,6 und 9,38 % (Abraham, 1998; Keel et al. 1999; Patton, 1988) angegeben, ist aber deutlich niedriger im Vergleich zur AN. Im Vergleich Männer vs. Frauen wird auch hier ein im Allgemeinen relativ ähnlicher Verlauf angenommen (Andersen & Mickalide 1983; Mitchell & Goff, 1985). In den meisten Studien zeigten sich im Langzeitverlauf der BN nur wenige Übergänge zu einer AN (Fichter & Quadflieg, 2004; Fairburn et al. 1995). Insgesamt sind nur sehr wenige Studien zum Langzeitverlauf der BN bekannt, noch weniger reliable Daten gibt es zum Langzeitverlauf speziell bei Männern.

### **1.8.3 Binge Eating Disorder**

Über das Krankheitsbild und den Verlauf der BED ist bisher noch wenig bekannt, da die Diagnose im Vergleich zu AN und BN noch recht „jung“ ist. Deshalb existieren auch nur wenige Daten zum Langzeitverlauf. Die bisherigen Beobachtungen des Krankheitsbildes lassen jedoch im Vergleich zur AN und BN einen relativ günstigen Verlauf mit einem hohen Anteil von Spontanremissionen annehmen. Fairburn untersuchte in seiner Studie aus dem Jahr 2000 den Verlauf der BED. Die 102 Patienten seiner Studie befanden sich alle in einer Allgemeinarztpraxis in Behandlung. Aus der Langzeitbeobachtung ging hervor, dass nach 5 Jahren nur noch 10% der Betroffenen die Diagnose einer BED erfüllten. Auch Fichter et al. kamen in ihrer Studie aus dem Jahr 1998 über den Verlauf der BED zu dem Ergebnis, dass die meisten Patienten nach einer leichten Progredienz der Symptome im Zeitraum der ersten 3 Jahre nach Behandlungsbeginn, eine erkennbare Besserung der Symptomatik zeigten. Im mittelfristigen Verlauf erfüllten in dieser Studie nur noch 6% der Patienten die Kriterien einer BED, insgesamt litten 20% der Patienten noch an einer Essstörung. Andere Studien konnten zwar einen Rückgang der essstörungsspezifischen Symptomatik im Verlauf feststellen, auffällig war jedoch eine signifikante Gewichtszunahme der Patienten im Verlauf. (Yanovsky, 1993; Wadden et al. 1992; Fairburn et al., 2000). Unklar ist noch wie sich der Verlauf der BED hinsichtlich Patienten mit und Patienten ohne Therapie unterscheidet. Auch hier besteht ein großer Bedarf an Studien und weiterer Forschung, speziell über den Langzeitverlauf gibt es kaum reliable Daten.

## 2 Fragestellung der Studie

In dieser Studie wurden die drei Krankheitsbilder, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa und Binge Eating Disorder getrennt voneinander beobachtet. Bei der Anorexia Nervosa erfolgte eine weitere Unterteilung in AN vom restriktiven Typ und AN vom binge/purge Typ.

Aus dem aktuellen Stand der Forschung und der Fachliteratur geht hervor, dass über Essstörungen bei Männern nur sehr wenig bekannt ist. Diese Beobachtung trifft für nahezu alle Aspekte der Erkrankung zu.

Da Ärzte die Diagnose Essstörung auch bis vor einigen Jahren noch bei Männern nur selten stellten und Bulimia Nervosa und Binge Eating Disorder als eigenständige Diagnosen noch nicht lange existieren, besteht über den Verlauf von Essstörungen bei Männern, speziell den Langzeitverlauf, noch viel Unklarheit. Eine Fragestellung der Studie ist somit

- I Wie stellt sich der Verlauf der verschiedenen Essstörungen (AN, BN, BED) bei Männern dar und welche Unterschiede gibt es im Vergleich mit Frauen?

Es herrscht noch Unklarheit ob essgestörte Männer eine spezifische Symptomatik bzw. spezifische Verhaltensweisen entwickeln und welche psychiatrische Komorbidität auftritt. In dieser Studie erfolgt ein querschnittlicher Vergleich dieser Punkte mit der Fragestellung

- I Wie stellen sich die essstörungsspezifische Symptomatik und der Verlauf der psychiatrischen Komorbidität bei Männern dar und unterscheiden sich die Männer in diesen Aspekten von den Frauen?

Ein weiterer Punkt der Studie ist der Vergleich der soziodemographischen Daten wie Ausbildung, Wohnsituation und Beziehungssituation in beiden Stichproben.

- I Unterscheidet sich der Verlauf von Essstörungen (AN, BN, BED) zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der soziodemographischen Daten?

## **3 Methoden**

### **3.1 Instrumente**

#### **3.1.1 Skalen zur Essstörungssymptomatik**

##### **3.1.1.1 Strukturiertes Inventar für Anorektische und Bulimische Essstörungen**

Das Strukturierte Inventar für Anorektische und Bulimische Essstörungen (SIAB, Fichter & Quadflieg, 1999) ist ein Instrument zur Erfassung von Essstörungssymptomen und häufig damit einhergehenden Denkmustern und Verhaltensweisen. Es besteht aus einem Experteninterview (SIAB-EX) und aus einem Selbsteinschätzungsfragebogen (SIAB-S). Beide Teile beinhalten 87 Fragen (Items) zu Essstörungssymptomatik und anderen psychischen Störungen die zwischen 0= nicht vorhanden und 4= sehr stark eingestuft werden. Um auch den Verlauf der Symptome/Probleme zu erfassen werden alle Items für zwei Zeiträume eingeschätzt. Die Zeiträume beziehen sich auf die jetzige Situation („jetzt“, bezieht sich auf die letzten 3 Monate), und auf den Zeitpunkt, an dem die Problematik am stärksten ausgeprägt war („früher“).

Werden gewisse Regeln bei der Durchführung der klinischen Interviews berücksichtigt, (z.B. professionelle Distanz, brauchbare Arbeitsbeziehung) ist die Durchführungsobjektivität des Experteninterviews (SIAB-EX) gewährleistet. Die Erstellung von Diagnosen und Bewertung der Angaben aus den Interviews wird durch einen Algorithmus festgelegt und unterliegt zu keinem Zeitpunkt dem persönlichen Urteil des Interviewers, wodurch die Auswertungsobjektivität gesichert ist. Durch das Vorliegen von Vergleichswerten für klinische Populationen unterliegt die Feststellung einer Diagnose keiner Interpretation, so dass die Interpretationsobjektivität somit gesichert ist.

Für den Bereich der Experteneinschätzung gibt es folgende Daten zu den Gütekriterien. Die interne Konsistenz der Subskalen des SIAB-EX wurde durch die Berechnung von Cronbachs alpha geprüft, wobei sich die Koeffizienten für die Ausprägung „früher“ und „jetzt“ zwischen 0,52 (gegensteuernde Maßnahmen usw. jetzt) und 0,93 (bulimische Symptome jetzt und früher, Gesamtwert früher) bewegten. Besonders konsistent zeigten sich in der Berechnung die Subskala „Bulimische Symptome“ und der Gesamtwert; niedrigere Konsistenzen fanden sich bei der Skala „Gegensteuernde Maßnahmen“, „Fasten“ und „Substanzmissbrauch“. In einer Validitätsstudie mit dem Experteninterview Eating Disorder Examination (EDE,

Fairburn & Cooper, 1993) zeigte sich eine hochsignifikante Gesamtkorrelation von 0,77 der SIAB-EX-Subskalen mit den Subskalen des EDE für den „jetzt“-Zeitpunkt (das EDE lässt nur „jetzt“-Diagnosen zu).

Für den Abschnitt des Selbsteinschätzungsfragebogens liegen folgende Daten zu den Gütekriterien vor. Die Auswertung des Fragebogens erfolgt durch einen Computer-Algorithmus, so dass die Auswertungsobjektivität und die Interpretationsobjektivität gesichert ist. Auch hier wurde die interne Konsistenz mit Cronbachs alpha berechnet, mit Werten von 0,74–0,92 für den „jetzt“-Zeitpunkt und 0,69–0,94 für den „früher“-Zeitpunkt. Niedrige Werte lagen beim SIAB-S für die Skala gegensteuernde Maßnahmen, Substanzmissbrauch, Fasten, Autoaggression vor. Es muss jedoch berücksichtigt werden, dass in der Skala verschiedene Verhaltensbereiche zusammengefasst werden und dass die Typen der gegensteuernden Maßnahmen sehr heterogen sind. Die Validität wurde ebenfalls durch Korrelation mit den Subskalen der Eating Disorder Examination (EDE, Fairburn & Cooper, 1993) geprüft. Die Werte der Korrelation zwischen den SIAB-S-Subskalen und der EDE zum „jetzt“-Zeitpunkt (das EDE lässt nur „jetzt“-Diagnosen zu) lagen zwischen 0,30 und 0,68.

### **3.1.1.2 Eating Disorder Inventory**

Das Eating Disorder Inventory-2 (EDI 2; Garner, Olmstedt & Polivy, 1983; Garner, 1991) gilt international seit vielen Jahren als Standardverfahren zur mehrdimensionalen Beschreibung der spezifischen Psychopathologie von Patienten mit Anorexia nervosa bzw. Bulimia nervosa sowie anderen psychogenen Essstörungen. Die deutsche Version des EDI 2 wurde vom Hofgrete Verlag 2004 veröffentlicht (Paul & Thiel, 2004).

Der Schwerpunkt des EDI liegt auf der Erfassung spezifischer, kognitiver Verhaltensdimensionen, die für eine Differenzierung von Untergruppen essgestörter Personen bedeutsam erscheinen. Die elf Skalen des EDI-2 erfassen folgende Dimensionen:

- | Schlankheitsstreben
- | Bulimie
- | Unzufriedenheit mit dem Körper
- | Ineffektivität
- | Perfektionismus
- | Misstrauen

- | Interozeptive Wahrnehmung
- | Angst vor dem Erwachsenwerden
- | Askese
- | Impulsregulation
- | Soziale Unsicherheit

Der EDI-2 besteht aus 91 Items, wobei für jedes Item die Abstufung von 0 = nie bis 5 = immer existiert. Bei der Auswertung erfolgt eine Rekodierung: der höchste Ausprägungsgrad wird auf den Wert 3, der zweithöchste Ausprägungsgrad auf den Wert 2, der nächsthöhere Ausprägungsgrad auf den Wert 1 und die verbleibenden Grade werden auf den Wert 0 umcodiert. Als Maß für die interne Konsistenz der Skalen wurde Cronbachs Alpha errechnet. Diese Werte lagen in der Stichprobe der anorektischen und bulimischen Patienten im Bereich zwischen 0,73 und 0,93. Die Ergebnisse der Test-Retest-Reliabilität lagen zwischen 0,81 bis 0,89.

### **3.1.1.3 Three-Factor-Eating-Questionnaire (TFEQ)/ Fragebogen zum Essverhalten (FEV)**

Der Three-Factor-Eating-Questionnaire (TFEQ; Stunkard & Messick, 1985) bzw. die entsprechende deutsche Version, der Fragebogen zum Essverhalten (FEV, Pudiel & Westerhöfer, 1989) ist ein Selbsteurteilungsverfahren und erfragt auf folgenden drei Subskalen bedeutsame Dimensionen des menschlichen Essverhaltens:

- | Kognitive Kontrolle des Essverhaltens, gezügeltes Essen
- | Störbarkeit des Essverhaltens
- | Erlebte Hungergefühle

Die Skala „Kognitive Kontrolle des Essverhaltens“ besteht aus 21 Items, in denen es um die Absicht geht, die Nahrungsaufnahme einzuschränken um das Körpergewicht zu kontrollieren. Die Skala „Störbarkeit des Essverhaltens“ besteht aus 16 Items und dreht sich um den Überkonsum von Nahrung, der mit einem Kontrollverlust über das Essverhalten als eine Antwort auf verschiedene Stimuli (wie z.B. emotionaler Stress) einhergeht. Die Skala „Erlebte Hungergefühle“ besteht aus 14 Items und bezieht sich auf die Nahrungsaufnahme als Antwort auf Hungergefühl und Hungerwahrnehmung. Die interne Konsistenz wurde mit Cronbachs Alpha errechnet und lag zwischen 0,74 und 0,87 für die drei Unterskalen.

### 3.1.1.4 Psychiatric Status Rating Scale

Die Psychiatric Status Rating Scale (PSR; Herzog, 1990; Herzog Keller, Lavori, Bradburn & Ott, 1990) ist ein Instrument zur Experteneinschätzung des Schweregrades bei Bulimia nervosa und Anorexia nervosa. Dieses Instrument wurde leicht modifiziert in den Katamneseinterviews verwendet. Die jeweilige Ausprägung der Symptomatik des Probanden wird zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Klinik Roseneck und danach für jedes abgeschlossene Halbjahr eingeschätzt. 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. Es existieren bei der PSR folgende Kodierungen:

Bulimia nervosa:

ausgeprägte Symptomatik – sehr schwer = 6  
Entspricht den DSM-IV-Kriterien für Bulimia nervosa, d.h. Essattacken mit Erbrechen und/oder Laxantien mindestens 2mal pro Woche (o.ä.). Dieses Essverhalten führt zu einer ausgeprägten Anpassungsstörung (z.B. Fehlzeiten an der Arbeitsstelle wegen Essattacken und Verfahren der Gewichtskontrolle (Erbrechen, Laxantien, etc.).

ausgeprägte Symptomatik = 5  
Entspricht den DSM-IV-Kriterien für Bulimia nervosa und Vorkommen von „Fressattacken“ mit Erbrechen und/oder Laxantien mindestens zwei Mal pro Woche, aber ohne ausgeprägte Einschränkung der Lebensbewältigung (z.B. verantwortungsbewusster Lebensstil, weil die Heißhungeranfälle neben der Arbeit/Schule oder den Haushaltsaufgaben stattfinden).

deutliche Symptomatik = 4  
Entspricht nicht den DSM-IV-Kriterien für Bulimia nervosa, aber deutliches Vorhandensein, Auftreten der bulimischen Symptome.

teilweise Remission = 3  
Wesentlich geringere Psychopathologie als die voll ausgeprägten DSM-IV-Kriterien für Bulimia nervosa.

Residualsymptomatik = 2  
Obwohl der Patient nicht mehr den DSM-IV-Kriterien für Bulimia nervosa entspricht und keine Heißhungeranfälle mehr hat, glaubt er immer noch, er müsse gegen Heißhungerimpulse ankämpfen.

gewohntes Selbst = 1  
Kein Hinweis auf Bulimia nervosa. Der Patient muss nicht mehr gegen das Bedürfnis nach Heißhungeranfällen oder Erbrechen und/oder Laxantien ankämpfen. Deutliche Symptome



einer tieferliegenden Störung können jedoch weiterhin bestehen (z.B. Persönlichkeitsstörung, Dysthymie).

Analog gilt für die Anorexia nervosa:

Ausgeprägte Symptomatik – sehr schwer = 6  
Entspricht den DSM-IV-Kriterien für Anorexia nervosa und Körpergewicht liegt mindestens 30 Prozent unterhalb des idealen Körpergewichtes, was zu einer ausgeprägten Anpassungsstörung führt (z.B. stationäre Behandlung; Unfähigkeit zur Schule oder Arbeit zu gehen oder völlige Beschäftigung mit Diät, so dass alle anderen Aktivitäten nicht mehr ausgeführt werden können).

ausgeprägte Symptomatik = 5  
Entspricht den DSM-IV-Kriterien für Anorexia nervosa, aber ohne extreme Einschränkung der Lebensbewältigung (z.B. der Patient kann zur Schule oder Arbeit gehen, obwohl das Körpergewicht weit unter der Norm liegt).

deutliche Symptomatik = 4  
Entspricht nicht den DSM-IV-Kriterien für Anorexia nervosa, aber deutliches Auftreten anorektischer Symptome (z.B. das Körpergewicht liegt 14 Prozent unter dem idealen Körpergewicht und weiterhin besteht das Gefühl dick zu sein).

teilweise Remission = 3  
Wesentlich geringere Psychopathologie als die voll ausgeprägten DSM-IV-Kriterien für Anorexia nervosa, aber Patient zeigt weiterhin deutliche Anzeichen dieser Störung (z.B. Körpergewicht liegt 10 Prozent unter dem idealen Körpergewicht, aber weiterhin besteht eine ausgeprägte Angst vor dem Dickwerden).

Residualsymptomatik = 2  
Entspricht nicht den DSM-IV-Kriterien für Anorexia nervosa, aber weiterhin wird ein großer Teil des Zeit mit Gedanken an Essen und Gewicht gefüllt. Das Körpergewicht liegt unter dem idealen Körpergewicht.

gewohntes Selbst = 1  
Das Körpergewicht liegt im Normbereich; keine Anzeichen für Anorexia nervosa. Deutliche Symptome einer tieferliegenden Störung können jedoch weiterhin bestehen (z.B. Persönlichkeitsstörung, Dysthymie).

### 3.1.1.5 Morgan-Russell Outcome Assessment Schedule

Die Morgan-Russell Outcome Schedule (Morgan & Russell, 1975; Morgan & Hayward, 1988) ist eine Beurteilungsskala, die in der vorliegenden Studie vom Interviewer nach den Angaben zum SIAB und Zusatzfragen eingeschätzt wird und bei der im allgemeinen die letzten sechs Monate berücksichtigt werden. Die Morgan-Russell Outcome Schedule wurde

nur bei Patienten angewendet, die die Diagnose Anorexia nervosa entweder vor oder bei Aufnahme oder seit Entlassung erhalten haben. Die Skala besteht aus fünf Hauptkategorien (Ernährungsstatus, Menstruationsstatus, psychischer Zustand, psychosexueller Zustand, soziökonomischer Status) die insgesamt 14 Items enthalten. Die einzelnen Items werden mit Werten zwischen 0 (= starke Beeinträchtigung) und 12 (= normaler Zustand) beurteilt. Die ermittelte Gesamtpunktzahl spiegelt den Schweregrad der Störung innerhalb der letzten 6 Monate wieder. Der Intraclass Coefficient (ICC) wurde in einer dänischen Studie (Lund, Jorgensen, Stage, Sorensen, 1999) für den Gesamtwert mit 0,75 angegeben, wobei einzelne Items mit sehr niedrigen Werten und sehr hohen Werten existieren (0,14-0,99). Die interne Konsistenz (Cronbachs alpha) betrug in dieser Studie einen Wert von 0,74.

### **3.1.1.6 Body Mass Index**

Der Body Mass Index (BMI) ist eine Maßzahl für die Bewertung des Körpergewichts eines Menschen im Verhältnis zum Quadrat seiner Größe und wird mit der Formel

$$\text{BMI} = \text{Körpergewicht (kg)} / (\text{Körpergröße (m)})^2$$

errechnet. Werte von normalgewichtigen Personen liegen gemäß der Adipositas-Klassifikation der WHO zwischen 18,5 kg/m<sup>2</sup> und 24,9 kg/m<sup>2</sup>, jeder höhere Wert wird als Übergewicht definiert. Steigt der BMI über den Wert von 30 kg/m<sup>2</sup> sind demnach übergewichtige Personen behandlungsbedürftig. Zu berücksichtigen sind bei genauerer Betrachtung ferner die Unterschiede zwischen Männern und Frauen und das Alter der Personen, sowie der Fett- oder Muskelanteil am Gesamtgewicht. Als Richtwert für das ideale Körpergewicht gilt eine Körpermassenzahl von 22 für Frauen und von 24 für Männer. Auch bei Kindern und Jugendlichen wird der BMI zur Diagnoseerstellung bezüglich Unter- oder Übergewicht herangezogen, wobei die Kategorisierung allerdings unter Zuhilfenahme geschlechts- und altersabhängiger Bewertungskurven (Perzentilen) modifiziert wird.

## **3.1.2 Skalen zur allgemeinen Psychopathologie**

### **3.1.2.1 Symptom Checklist-90-R**

Die Symptom Checklist (SCL) wurde 1974 in ihrer ursprünglichen Form entwickelt (Hopkins Symptom Checklist; Derogatis, Liberman, Rickels, Uhlenhuth & Cori, 1974). In der vorliegenden Studie wurde die deutsche Fassung SCL-90-R, die von Franke 1995 entwickelt wurde, eingesetzt. Die SCL-90-R ist ein Instrument zur Erfassung subjektiver Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome. Sie besteht aus 90 Items, die vom Patienten selbständig beantwortet werden und gut verständlich formuliert sind. Die

Auswertung der Items, die zu neun Skalen und drei globalen Kennwerten zusammengefasst werden, ermöglichen Aussagen zur Symptombelastung. Jede der neun Skalen umfasst dimensionale Übergänge von normaler, alltäglicher Symptombelastung bis zur psychopathologisch relevanten Symptomatik.

- | Skala 1: „Somatisierung“ – einfache körperliche Belastung bis hin zu funktionellen Beschwerden.
- | Skala 2: „Zwanghaftigkeit“ – leichte Konzentrations- und Arbeitsstörungen bis hin zur ausgeprägten Zwanghaftigkeit.
- | Skala 3: „Unsicherheit im Sozialkontakt“ – leichte soziale Unsicherheit bis hin zum Gefühl völliger persönlicher Unzulänglichkeit.
- | Skala 4: „Depressivität“ – Traurigkeit bis hin zur schweren Depression.
- | Skala 5: „Ängstlichkeit“ – körperlich spürbare Nervosität bis hin zu tiefer Angst.
- | Skala 6: „Aggressivität“ – Reizbarkeit und Unausgeglichenheit bis hin zu starker Aggressivität mit feindseligen Aspekten.
- | Skala 7: „Phobische Angst“ – leichtes Gefühl von Bedrohung bis hin zur massiven phobischen Angst.
- | Skala 8: „Paranoides Denken“ – Misstrauen und Minderwertigkeitsgefühle bis hin zu starkem paranoiden Denken.
- | Skala 9: „Psychotizismus“ – mildes Gefühl der Isolation und Entfremdung bis hin zur dramatischen Evidenz psychotischer Episoden.

Jedes der Items kann zwischen 0 = „überhaupt nicht vorhanden“ bis zu 4 = „sehr stark vorhanden“ eingeschätzt werden. Aus den Antworten lassen sich folgende Indices berechnen:

- | der Global Severity Index (GSI) misst die durchschnittliche Bewertung der 90 Items und stellt die durchschnittliche Belastung aller eingeschätzten psychosomatischen Beschwerden dar. Er bildet somit einen Messwert für die psychosomatische Symptombelastung des Betroffenen.
- | der Positive Symptom Distress Index (PSDI) misst die durchschnittliche Bewertung (nur bei Antworten mit einem Wert von 1-4) der Symptome bei denen eine Belastung des Patienten vorliegt und repräsentiert die Intensität der gegebenen Antworten.
- | Positives Symptom Total (PST) gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt.

Die interne Konsistenz (Cronbachs alpha) wurde von Franke wie auch von Derogatis mit Werten zwischen 0,77 und 0,90 angegeben. Besonders hohe Werte zeigte der GSI bei verschiedenen Stichproben mit Werten von 0,94 bis 0,98. Die faktorielle Validität der

Originalfaktorenstruktur konnte in verschiedenen Stichproben nachgewiesen werden (Franke et al., 1995).

### **3.1.2.2 Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse I, Psychische Störungen**

Das Strukturierte Klinische Interview (SKID) für DSM IV, Achse I (Amerikanische Originalversion: First, Gibbon, Spitzer & Williams, 1996; Deutsche Version: Wittchen, Wunderlich, Gruschwitz & Zaudig, 1997) dient der Erfassung und Diagnostik ausgewählter psychischer Syndrome und Störungen, wie sie im DSM-IV auf Achse I definiert werden. Alle Diagnosen werden im Längs- und Querschnitt sowie mit Zusatzinformationen über Beginn und Verlauf erhoben. Folgende DSM-IV Diagnosen wurden in der vorliegenden Studie exploriert:

- | Sektion A: Affektive Syndrome
- | Sektion D: Differentialdiagnose affektiver Störungen
- | Sektion E: Missbrauch und Abhängigkeit von Psychotropen Substanzen
- | Sektion F: Angststörungen

Anhand der Antworten auf die Fragen überprüft der Interviewer, ob ein diagnostisches Kriterium erfüllt ist. Der Interviewer kann zusätzliche Fragen stellen und kodiert nicht direkt die Antwort des Probanden, sondern entsprechend seiner klinischen Einschätzung. Je nach Antwort findet er einen Verweis zu den nächsten Fragen. Die Gesamtbewertung des Interviewers wird kodiert; es gibt folgende vier Möglichkeiten der Kodierung:

- | ? = unsicher / zu wenig Informationen
- | 1 = nein / nicht vorhanden
- | 2 = unterschwellig vorhanden
- | 3 = voll erfüllt

Die Vorgabe des Wortlautes und der Abfolge der Fragen, sowie die genauen Regeln zum Überspringen von Abschnitten sprechen für die Objektivität des Verfahrens. Zanarini et al. (2000) berichteten für die Achse-I-Diagnosen des amerikanischen SKID (für die deutschsprachige Fassung des SKID für DSM-IV lagen keine gesonderten Befunde zu den Gütekriterien vor) gute bis sehr gute Interrater-Reliabilitäten (Kappawerte) zwischen .57 (Zwangsstörung) und 1.0 (Substanzstörungen).

### **3.1.2.3 Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II, Persönlichkeitsstörungen**

Das Strukturierte Klinische Interview (SKID) für DSM IV, Achse II (SKID II; Fydrich, Renneberg, Schmitz & Wittchen) ist ein Verfahren zur Diagnostik der zehn auf Achse-II sowie der zwei im Anhang des DSM-IV aufgeführten Persönlichkeitsstörungen. Der SKID-II ist ein zweistufiges Verfahren, bestehend aus einem Fragebogen mit Screeningfragen und einem Interview. In der vorliegenden Studie kam der Fragebogen aus Gründen der Praktikabilität jedoch nicht zum Einsatz. Das SKID II wurde in dieser Studie nur bei den Männern durchgeführt. Folgende Persönlichkeitsstörungen können mit dem SKID II diagnostiziert werden:

#### Cluster A Persönlichkeitsstörung

- | Paranoide Persönlichkeitsstörung
- | Schizoide Persönlichkeitsstörung
- | Schizotypische Persönlichkeitsstörung

#### Cluster B Persönlichkeitsstörung

- | Antisoziale Persönlichkeitsstörung
- | Borderline Persönlichkeitsstörung
- | Histrionische Persönlichkeitsstörung
- | Narzistische Persönlichkeitsstörung

#### Cluster C Persönlichkeitsstörung

- | Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung
- | Zwanghafte Persönlichkeitsstörung
- | Dependente Persönlichkeitsstörung

Für weitere Forschung vorgesehene Persönlichkeitsstörungen aus dem Anhang B des DSM IV

- | Negativistische Persönlichkeitsstörung
- | Depressive Persönlichkeitsstörung

Es existieren analog zum SKID I folgende vier Möglichkeiten der Kodierung:

- | ? = unsicher / zu wenig Informationen
- | 1 = nein / nicht vorhanden

1 2 = unterschwellig vorhanden

1 3 = voll erfüllt

Maffei et al. (1997) berichteten für die Persönlichkeitsstörungen (SKID-II) sehr gute Interrater Reliabilitäten (Kappa) von .83 und höher. Eine Ausnahme bildete lediglich die Depressive Persönlichkeitsstörung, die aber einen immer noch befriedigenden Übereinstimmungsgrad von .65 erreichte. Fydrich et al. (1996) kamen für das deutsche SKID-II nach DSM-III-R auf Interrater-Kappa-Koeffizienten zwischen .55 (Histrionische Persönlichkeitsstörung) und .82 (Zwanghafte Persönlichkeitsstörung) bei einem guten Median von .70.

#### **3.1.2.4 Beschwerden-Liste**

Die Beschwerden-Liste (B-L; von Zerssen 1976) ist Bestandteil der klinischen Selbstbeurteilungsskalen und erfasst das Ausmaß subjektiver Beeinträchtigung durch überwiegend körperliche und Allgemeinbeschwerden. Die Beschwerden-Liste besteht aus 24 Items die mit Werten zwischen 0(= gar nicht) und 3 (=stark) kodiert werden. Die Items werden zu einem Gesamt-Rohwert addiert, der die Gesamtbeeinträchtigung durch körperliche oder Allgemeinbeschwerden angibt. Eine Validierung erfolgte durch Korrelation und durch gemeinsame Faktorenanalysen mit anderen Testskalen und durch Vergleich von Aufnahme und Entlassungsbefund psychiatrischer Klinik-Patienten. Die Paralleltest-Reliabilität lag zwischen  $r = .85$  und  $r = .95$

#### **3.1.2.5 Barratt Impulsiveness Scale**

Die Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11; Barratt et al., 1995) ist ein bekanntes Instrument zur Erfassung von Impulsivität. Barratt sieht Impulsivität als „Handeln ohne zu Denken“ und unterscheidet zwischen attentionaler/kognitiver Impulsivität (Faktor I), motorischer Impulsivität (Faktor II) und non-planerischer Impulsivität. Die Barratt Impulsiveness Scale liegt als Selbstbeurteilungsverfahren mit 34 Items vor. Für die einzelnen Items existieren Antwortmöglichkeiten zwischen 1 (= überhaupt nicht) und 4 (= voll), woraus sich dann ein BIS-Gesamtwert errechnet. Die Originalfassung wurde von zweisprachigen Personen und Personen mit Englisch als Muttersprache ins Deutsche übersetzt und formuliert. Die meisten Studien fanden gute Validierungen des BIS Gesamtwertes, sie sollte daher als allgemeines Instrument angesehen werden, um Impulsivität zu messen. Die interne Konsistenz der BIS liegt zwischen .79 und .83 (Cronbachs Alpha). Es fanden sich hohe Korrelation der BIS-11 mit dem Total Hostility Score ( $r = .17 - .38$ ) des Buss-Durkee Hostility Inventory (BDHI) und der Anger-Out Skala ( $r = .51$ ) des State Trait Anger

Expression Inventory (STAXI). Die BIS-11 korreliert ebenfalls mit der Psychotizismus-Skala des Eysenck Personality Questionnaire (EPQ) als Hinweis ihrer Validität.

### **3.1.3 Eigenkonstruktionen**

- | Fragen zur familiären Situation und einschneidenden Ereignissen seit Klinikentlassung
- | Fragen zur Sexualität
- | Fragen zum sexuellen Missbrauch
- | Angaben zu medizinischer und psychotherapeutischer Behandlung

## **3.2 Schulung**

Der Datenerhebung und den diagnostischen Interviews ging eine mehrwöchige Schulung unter Anleitung von berufserfahrenen Psychologen in der Klinik Roseneck voraus. Das Training umfasste folgende Aspekte:

- | Teilnahme an der normalen stationären Arbeit
- | Theoretische Einführung, vor allem in SKID-I, SKID-II, SIAB
- | Videogestützte Analyse von Interviews
- | Durchführung von Interviews an erfahrenen Kollegen mit Feedback
- | Durchführung von Interviews an Patienten der Klinik Roseneck unter Beobachtung der erfahrenen Kollegen mit anschließender Besprechung.

Die Männerstichprobe besteht aus 174 Probanden. 29 der Probanden wurden vom Verfasser dieser Arbeit interviewt. Die restlichen 145 Probanden wurden von Heidelinde Krenn und Ursula Wunderlich im Rahmen einer grossen Katamnesestudie befragt.

## **3.3 Stichprobe**

### **3.3.1 Definition der Männerstichprobe**

In die Stichprobe der Männer wurden Patienten aufgenommen, die in der Vergangenheit bereits in stationärer Behandlung waren und deren Behandlungsdiagnose Anorexia nervosa, Bulimia nervosa oder „nicht näher bezeichnete Essstörung“ (Essstörung-NNB) lautete bzw.

aus deren Krankenakten hervorging, dass eine der oben genannten Störungen in der Vergangenheit vorgelegen hatte. Die Grundgesamtheit der Männer mit Aufnahmediagnose AN, BN oder BED betrug N=253. Von dieser Grundgesamtheit konnten N=180 befragt werden, was einer Rücklaufquote von 71,1 % entspricht. Gründe, die die Befragung verhinderten:

- | Verstorben (N=16)
- | Nicht erreicht (N=39)
- | Ablehnung eines Interviews (N=11)
- | Andere Gründe (z.B. Verwechslung) (N=2)

Es existieren verschiedene Stichprobenquellen, aus denen die Männer rekrutiert wurden:

- | Männer, die sich in der medizinisch-psychosomatischen Klinik Roseneck in Prien am Chiemsee in stationärer Behandlung wegen einer Essstörung befanden und dort an einem Therapieprogramm teilnahmen (N=117)
- | Männer, die sich in der medizinischen-psychosomatischen Klinik Bad Bramstedt in stationärer Behandlung wegen einer Essstörung befanden und dort an einem Therapieprogramm teilnahmen (N=42)
- | Männer, die sich ab 1972 in der Universitätsklinik München oder dem Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München wegen einer Essstörung in stationärer Behandlung befanden (N=15)

Die Medizinisch-Psychosomatische Klinik Roseneck im Verbund mit der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München und die Klinik Bad Bramstedt verfolgen ein kognitiv-verhaltenstherapeutisch fundiertes Behandlungskonzept. Aus Patientenakten und Basisdokumentationen wurden alle Männer, die sich ab 1985 (Klinik Roseneck) bzw. 1993 (Bad Bramstedt) wegen einer Essstörung in stationärer Behandlung befunden hatten, identifiziert und kontaktiert. Die Männer, die im Max-Planck-Institut bzw. in der Universitätsklinik München wegen einer Essstörung stationär behandelt wurden sind in einem Querschnittsdesign, das als Erstmessungszeitpunkt in diese Studie einging, bereits von Fichter et al. (1985), Fichter & Daser (1987) und Fichter & Hoffmann (1989) befragt worden.



Da sich die Männerstichprobe aus verschiedenen Teilstichproben zusammensetzt (siehe oben), weist sie beim Unterpunkt „Katamneseintervall“ zum Teil eine große Streubreite auf. Besonders beim Langzeitverlauf der AN liegen hier deutliche Unterschiede vor (siehe Tabelle 3), was bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden muss. Das lange, dritte Katamneseintervall der anorektischen Männer resultiert aus einer Teilstichprobe, die sich bereits Anfang der 70er Jahre des 20. Jahrhunderts in der Universitätsklinik München in stationärer Behandlung befunden hatte und nach dieser frühen Erstmessung weiter nacherhoben werden konnte. Die bei den Männern gewählten Katamneseintervalle (2, 6 und 12 Jahre) richten sich nach den Katamneseintervallen aus der Frauenstichprobe, die Teil einer grossen, prospektiven Studie zum Langzeitverlauf von Essstörungen ist. In den drei Unterkategorien der Katamneseintervalle befinden sich jeweils unabhängige Stichproben von Frauen und Männern. Die Zeitpunkte stellen vereinfacht den Kurzzeitverlauf (2 Jahre), den mittelfristigen Verlauf (6 Jahre) und langfristigen Verlauf (12 Jahre) nach Beginn der Erstmessung dar.

### **3.3.2 Definition der Frauenstichprobe**

Um die geschlechtsspezifischen Unterschiede zwischen Männern und Frauen mit Essstörungen betrachten zu können, erfolgt der Vergleich der Männer mit einer Frauenstichprobe. Die Daten der Frauen stammen aus einer Langzeitstudie zum Verlauf von Essstörungen (Fichter, Quadflieg & Rief, 1994; Fichter & Quadflieg, 1997, 1999, 2004, 2007; Fichter et al., 1998; Fichter, Quadflieg & Hedlund, 2006). In dieser longitudinalen, prospektiven Studie wurde eine Gesamtstichprobe von 456 Frauen mit Essstörungen 2, 6 und 12 Jahre nach stationärer Aufnahme in der Klinik Roseneck nachuntersucht.

## **3.4 Design**

### **3.4.1 Ablauf der Datenerhebung**

Den nach den oben genannten Kriterien ermittelten Teilnehmern der Studie wurden per Post folgende Unterlagen zur Bearbeitung zugesandt:

- | Ein offizielles Anschreiben mit Erläuterungen zur Durchführung und Hintergründen der Studie
- | Fragen zu aktuellen Daten (Adresse, Telefonnummer)
- | Strukturiertes Inventar für Anorektische und Bulimische Essstörungen (SIAB-S)
- | Fragen zur familiären Situation und einschneidenden Ereignissen seit Klinikentlassung

- | Eating Disorder Inventory (EDI)
- | Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis (SCL-90)
- | Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ)
- | Beschwerdeliste (BL)
- | Barratt Impulsivity Scale (BIS)
- | Fragen zur Sexualität (Eigenkonstruktion)
- | Fragen zu medizinischer und psychotherapeutischer Behandlung

Die Teilnehmer der Studie wurden gebeten, die zugesandten Fragebögen ungestört und ohne Zeitdruck zu bearbeiten und danach zur Auswertung an uns zurückzusenden. Daraufhin erfolgte die telefonische Kontaktaufnahme mit der Bitte zur Teilnahme an den diagnostischen Interviews. Die Interviews wurden möglichst zeitnah nach Rücksendung der Fragebögen durchgeführt.

Wenn nach einer gewissen Frist keine Antwort eines Probanden vorlag, wurde versucht durch Nachforschungen (Auskunft, Internet, Telefonbuch, Einwohnermeldeamt) die Telefonnummern bzw. Adressen der Betroffenen herauszufinden, um eine möglichst hohe Ausschöpfungsquote zu erreichen.

Bei Patienten, die zwischen Klinikentlassung und Datenerhebung verstorben waren, wurden Angehörige befragt, um die genaueren Todesumstände, den Gesundheitszustand des Patienten und eventuelle Essstörungssymptomatik vor dem Tod zu erfahren.

### **3.4.2 Das Interview**

Da das Einzugsgebiet der Klinik Roseneck und Klinik Bad Bramstedt ganz Deutschland umfasste und die Probanden auch aktuell über ganz Deutschland und im Ausland wohnhaft waren, wurden bis auf zwei Ausnahmen alle Interviews telefonisch durchgeführt. Die Interviews wurden meistens in zwei Sitzungen durchgeführt die im Durchschnitt je 1,5 h bis 2 h dauerten. Der Abstand zwischen den Sitzungen wurde möglichst klein gehalten. Der Patient sollte während des Interviews ungestört sein und sich Zeit nehmen. Es wurde starken Wert auf den vertraulichen Charakter des Gesprächs gelegt.

Es existieren mehrere Studien, die sich mit dem Problem der unterschiedlichen Erhebungarten bei Interviews befassen (telefonisches vs. persönliches Interview). Es wird befürchtet, dass bei unterschiedlicher Erhebungsart auch unterschiedliche Beurteilungen der Interviewer

entstehen können. Die Ergebnisse der Studien belegen jedoch dass keine systematischen Unterschiede in den Ergebnissen bzw. in den diagnostischen Urteilen der Interviewer bei unterschiedlicher Erhebungsart zu erwarten sind. Sobin, Weissman, Goldstein, Adams, Wickramaratne, Warner & Lish kamen 1993 zu diesem Ergebnis im Rahmen der Erstellung von „lifetime“-Diagnosen psychischer Störungen bei Familienstudien. Ebenfalls keinen Unterschied zwischen persönlicher und telefonischer Erhebung fanden 1997 Fichter & Quadflieg, die im Rahmen einer Langzeitstudie zum Verlauf von Essstörungen bei Frauen eine begleitende Methodenstudie zu diesem Thema durchführten. Eine weitere Studie von Fichter und Quadflieg von 2004 setzt sich ebenfalls mit diesem Thema auseinander. In einer weiteren Studie aus dem Jahr 1997 von Rohde, Lewinsohn & Seeley (Vergleichbarkeit von telefonischen und persönlichen Interviews bei der Erfassung von Achse I und Achse II Störungen) wurde ebenfalls festgestellt, dass beide Verfahren gleichwertig in Studien eingesetzt werden können.

### **3.5 Statistische Auswerteverfahren**

Alle Daten der Studie wurden mit dem Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) ausgewertet. In der Auswertung wurden deskriptive Statistiken, t-Tests und Varianzanalysen durchgeführt.

## 4 ERGEBNISSE

Die Zusammensetzung der Gesamtstichprobe zeigt sich in der folgenden Tabelle:

**Tab. 1: Zusammensetzung der Gesamtstichprobe**

	<b>Gesamt N</b>	<b>Männer N</b>	<b>Männer %</b>	<b>Frauen N</b>	<b>Frauen %</b>
<b>Gesamtstichprobe</b>	554	174	31,4	380	68,9
<b>Anorexia Nervosa</b>	184	81	14,6	103	18,6
<b>Bulimia Nervosa</b>	273	64	11,6	209	37,7
<b>Binge Eating Disorder</b>	97	29	5,2	68	12,3

Die Ergebnisse werden jeweils getrennt für die Krankheitsbilder Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge Eating Disorder dargestellt.

### 4.1 Anorexia Nervosa

Bei der AN wurden die im DSM IV beschriebenen Untertypen „Anorexia Nervosa vom restriktiven Typus“ und „Anorexia Nervosa vom binge-eating/purging Typus“ getrennt voneinander ausgewertet.

Der englische Ausdruck „binge/purge“ wird im folgenden Teil ohne Anführungsstriche verwendet.

Die Stichprobe AN ist folgendermaßen verteilt:

**Tab. 2: Zusammensetzung der Stichprobe Anorexia nervosa**

	<b>Gesamt N</b>	<b>Männer N</b>	<b>Männer %</b>	<b>Frauen N</b>	<b>Frauen %</b>
<b>restriktive Anorexia Nervosa</b>	67	37	55,2	30	44,8
<b>binge/purge Anorexia Nervosa</b>	117	44	37,6	73	62,4

Insgesamt war die Diagnose binge/purge AN häufiger als die restriktive AN

#### 4.1.1 Stichprobenbeschreibung

Tabelle 3 zeigt das Alter bei der Erstmessung, Alter bei Beginn der Essstörung, die Dauer der Essstörung so wie die Länge der Katamneseintervalle für die Männer und Frauen mit Aufnahmediagnose restriktive AN bzw. binge/purge AN. Das Alter der Männer mit einer restriktiven AN bei Aufnahme, Erstmessung und Beginn der Essstörung war höher als das der entsprechenden Frauen. Die Dauer der Essstörung war ungefähr gleichlang wie bei der weiblichen Stichprobe. Katamneseintervall 1 und 3 unterschieden sich signifikant zwischen beiden Geschlechtern. Bei der binge/purge AN war das Alter bei Krankheitsbeginn bei beiden Geschlechtern ungefähr gleich, die Essstörung dauerte jedoch bei männlichen Patienten länger. Bei der binge/purge AN unterschied sich Katamneseintervall 3 signifikant zwischen Frauen und Männern. Für die Punkte Alter bei Erstmessung, Alter bei Beginn der Essstörung sowie Dauer der Essstörung ergaben sich keine signifikanten Ergebnisse.

**Tab. 3: Altersdaten und Dauer der Essstörung für Männer und Frauen mit restriktiver Anorexia Nervosa bzw. binge/purge Anorexia Nervosa**

<b>restriktive Anorexia Nervosa</b>		<b>Männer</b>			<b>Frauen</b>				<b>t-Test p-Wert</b>
		<b>N</b>	<b>M</b>	<b>SA</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>SA</b>	<b>FG</b>	
Alter bei Erstmessung in Jahren		37	25,1	8,6	30	23,1	6,1	65	ns
Alter bei Beginn der ES in Jahren		36	9,3	7,5	30	18,0	5,1	64	ns
Dauer der ES in Jahren		35	5,7	5,8	28	5,5	4,8	61	ns
Katamneseintervall in Jahren	1	24	2,3	1,2	30	3,0	0,9	52	0,024
Katamneseintervall in Jahren	2	5	6,0	0,5	29	6,1	1,1	32	ns
Katamneseintervall in Jahren	3	8	20,6	3,1	27	12,4	0,9	33	0,000
<b>binge/purge Anorexia Nervosa</b>									
Alter bei Erstmessung in Jahren		44	26,8	9,6	73	25,6	6,8	115	ns
Alter bei Beginn der ES in Jahren		44	18,8	7,8	73	18,6	7,0	115	ns
Dauer der ES in Jahren		44	8,0	8,0	73	7,0	5,2	115	ns
Katamneseintervall in Jahren	1	22	2,6	0,9	68	2,3	0,8	88	ns
Katamneseintervall in Jahren	2	10	6,7	1,4	66	6,2	0,9	74	ns
Katamneseintervall in Jahren	3	12	17,4	3,6	57	12,4	0,9	67	0,000

ES = Essstörung; FG = Freiheitsgrade; ns = nicht signifikant; M = Mittelwert; SA = Standardabweichung

#### 4.1.2 Soziodemographische Daten

Tabellen 4 und 5 zeigen die Daten zum Schulabschluss, beruflicher Stellung, Familienstand, aktueller Partnerschaft und Wohnsituation für beide Typen der AN.

**Tab. 4: Soziodemographische Kennwerte für restriktive Anorexia Nervosa**

	<b>Männer N=37</b>	<b>Männer %</b>	<b>Frauen N=28</b>	<b>Frauen %</b>	<b>Chi<sup>2</sup>- Test</b>
<b>Höchster Schulabschluss</b>					
Kein Abschluss	0	0	0	0	FG=16
Qualifizierender Abschluss	4	10,8	6	21,4	ns
Real-/Fachschule ohne Abschluss	2	5,4	1	3,6	
Real-/Fachschule mit Abschluss	7	18,9	7	25,0	
Höhere Fachschule ohne Abschluss	1	2,7	0	0	
Abitur	9	24,3	6	21,4	
Höhere Fachschule mit Abschluss	5	13,5	3	10,7	
Hochschule ohne Abschluss	0	0	1	3,6	
Hochschule mit Abschluss	9	18,0	4	14,3	
<b>Berufliche Situation</b>					
Freiberuflich tätig	1	2,7	0	0	FG=18
Selbständig tätig	5	13,5	0	0	ns
Beamte(r)/Angestellte(r) leitend	4	10,8	6	21,4	
Beamte(r)/Angestellte(r)	7	18,9	13	46,4	
Arbeiter/-in	2	5,4	1	3,6	
Hausmann/Hausfrau	0	0	1	3,6	
Student/-in	7	18,9	3	10,7	
Arbeitslos	4	10,8	0	0	
Arbeitsunfähig/berentet	4	10,8	2	7,1	
Derzeit nicht berufstätig	3	8,1	2	7,1	
<b>Familienstand</b>					
Ledig	30	81,1	18	64,3	FG=8
Verheiratet	7	18,9	8	28,6	ns
Getrennt lebend	0	0	1	3,6	
Geschieden	0	0	1	3,6	
Verwitwet	0	0	0	0	
<b>Partnerschaft</b>					
Ja	10	27,0	17	60,7	FG=2
Nein	27	73,0	11	39,3	15,5*
<b>Wohnsituation</b>					
Alleine	12	32,4	11	39,3	FG=10
Bei Eltern	11	29,7	1	3,6	20,8*
Mit Partner/verheiratet	6	16,2	8	28,6	
Mit Partner/unverheiratet	2	5,4	7	25,0	
Bei Schwiegereltern	0	0	0	0	
In Wohngemeinschaft	5	13,5	0	0	
Sonstiges	1	2,7	1	3,6	

FG = Freiheitsgrade; ns = nicht signifikant; \* =  $p < 0,05$

Die restriktiv magersüchtigen Männer und Frauen unterschieden sich hinsichtlich des Schulabschlusses nur wenig, die Mehrheit beider Gruppen konnte entweder Abitur oder einen Realschulabschluss vorweisen. Die berufliche Situation war bei den Männern gleichmäßig über alle Berufsgruppen verteilt, es existierten nur keine Hausmänner. Die Mehrheit der Frauen war Beamtin oder Angestellte, keine der Frauen war jedoch freiberuflich oder selbständig tätig. Die meisten der Patienten in beiden Gruppen waren ledig. Fast drei Viertel der Männer hatten keine Partnerschaft, ein Großteil der Frauen hingegen hatte eine feste Partnerschaft. Die Mehrheit der Männer und Frauen lebte alleine. Es wohnten deutlich mehr Männer als Frauen noch bei ihren Eltern oder in einer Wohngemeinschaft

**Tab. 5: Soziodemographische Kennwerte für binge/purge Anorexia Nervosa**

	<b>Männer N=44</b>	<b>Männer %</b>	<b>Frauen N=64</b>	<b>Frauen %</b>	<b>Chi<sup>2</sup>- Test</b>
<b>Höchster Schulabschluss</b>					
Kein Abschluss	1	2,3	0	0	FG=16
Qualifizierender Abschluss	7	15,9	13	20,3	ns
Real-/Fachschule ohne Abschluss	0	0	3	4,7	
Real-/Fachschule mit Abschluss	7	15,9	14	21,9	
Höhere Fachschule ohne Abschluss	2	4,5	3	4,7	
Abitur	12	27,3	12	18,8	
Höhere Fachschule mit Abschluss	3	6,8	13	20,3	
Hochschule ohne Abschluss	2	4,5	1	1,6	
Hochschule mit Abschluss	10	22,7	5	7,8	
<b>Berufliche Situation</b>					
Freiberuflich tätig	1	2,3	2	3,1	FG=18
Selbständig tätig	3	6,8	1	1,6	ns
Beamte(r)/Angestellte(r) leitend	3	6,8	4	6,3	
Beamte(r)/Angestellte(r)	16	36,4	17	26,6	
Arbeiter/-in	1	2,3	2	3,1	
Hausmann/Hausfrau	0	0	10	15,6	
Student/-in	6	13,6	4	6,3	
Arbeitslos	4	9,1	5	7,8	
Arbeitsunfähig/berentet	5	11,4	9	14,1	
Derzeit nicht berufstätig	5	11,4	10	15,6	
<b>Familienstand</b>					
Ledig	31	70,5	32	50,0	FG=8
Verheiratet	11	25,0	26	40,6	ns
Getrennt lebend	1	2,3	2	3,1	
Geschieden	1	2,3	3	4,7	
Verwitwet	0	0	1	1,6	
<b>Partnerschaft</b>					
Ja	25	56,8	44	68,8	FG=2
Nein	19	43,2	20	31,3	9,7*

**Fortsetzung Tab. 5: Soziodemographische Kennwerte für binge/purge Anorexia Nervosa**

	<b>Männer N=44</b>	<b>Männer %</b>	<b>Frauen N=64</b>	<b>Frauen %</b>	<b>Chi<sup>2</sup>- Test</b>
<b>Wohnsituation</b>					
Alleine	16	36,4	23	35,9	FG=10
Bei Eltern	5	11,4	9	14,1	ns
Mit Partner/verheiratet	10	22,7	23	35,9	
Mit Partner/unverheiratet	8	18,2	6	9,4	
Bei Schwiegereltern	0	0	0	0	
In Wohngemeinschaft	4	9,1	1	1,6	
Sonstiges	1	2,3	2	3,1	

FG = Freiheitsgrade; ns = nicht signifikant; \* =  $p < 0,05$

Beide Geschlechter hatten ähnlich wie bei der restriktiven AN zumeist einen Realschulabschluß oder Abitur. Die Männer der Stichprobe hatten öfter als die Frauen einen Hochschulabschluss, die Frauen hatten öfter an einer höheren Fachschule abgeschlossen. Beruflich war die Mehrheit der Männer und Frauen verbeamtet oder angestellt. Es gab wie bei der restriktiven AN keine Hausmänner, dafür aber mehr Hausfrauen bei den weiblichen Patienten mit einer binge/purge AN. Wie schon bei der restriktiven AN war ein hoher Prozentsatz der Männer ledig und die Frauen hatten signifikant öfter eine Partnerschaft. Der Großteil der Männer der binge/purge AN wohnte alleine, ein Drittel der Frauen binge/purge AN wohnte ebenfalls alleine. Ein weiteres Drittel der Frauen lebte mit dem verheirateten Partner zusammen.

#### **4.1.3 Diagnosenverlauf der Anorexia Nervosa**

Tabelle 6 gibt einen Überblick über die Verteilung der Diagnosen der Männer und Frauen mit restriktiver AN bzw. binge/purge AN zu verschiedenen Zeitpunkten (nach zwei, sechs und zwölf Jahren). Nach zwei Jahren hatte nur noch ein Viertel der Männer die Aufnahmediagnose restriktive AN, bei ungefähr der Hälfte der Männer lag keine ausgeprägte Essstörung mehr vor. Nur wenige der Männer wechselten im Verlauf der Jahre in eine andere Diagnosengruppe. Die Frauen hatten im Vergleich zu den Männern im kurzfristigen Verlauf seltener die Aufnahmediagnose restriktive AN, der Anteil stieg jedoch später wieder an. Die Mehrheit der Frauen wies nach zwei Jahren keine ausgeprägte Essstörung mehr auf, dieser Wert war nach zwölf Jahren auch noch stabil. Bei den Frauen war deutlich häufiger als bei den Männern ein Diagnosenwechsel in einen anderen Bereich der Essstörungen zu beobachten.

Die Männer mit einer binge/purge AN hatten nach zwei Jahren nur noch selten ihre ursprüngliche Aufnahmediagnose, die Hälfte wies keine ausgeprägte Essstörung mehr auf. Wie auch schon bei der restriktiven AN wechselten die Frauen deutlich öfter als die Männer in eine andere Diagnosengruppe. Die Frauen hatten nach zwei Jahren immer noch zu einem großen Teil die Aufnahmediagnose binge/purge AN, der Prozentsatz sank jedoch im Verlauf der Jahre.

Die höchste Mortalitätsrate hatten die Männer mit der Diagnose restriktive AN mit 4 Todesfällen im Verlauf der Jahre (Mortalitätsrate 10,8 %), bei den binge/purge Männern gab es nur einen Todesfall. Im Gegensatz dazu gab es bei den Frauen mit restriktiver AN keine Todesfälle, bei den Frauen mit binge/purge AN verstarben sieben Patientinnen im Langzeitverlauf, entsprechend einer Mortalitätsrate von 9,6 %.



**Tab. 6: Diagnostische Verläufe der Männer und Frauen mit Aufnahme-diagnose restriktive AN bzw. binge/purge AN**

	Erstmessung		2 Jahres-Katamnese		6 Jahres-Katamnese		12 Jahres-Katamnese	
	Männer N=37	Frauen N=30	Männer N=24	Frauen N=30	Männer N=5	Frauen N=29	Männer N=8	Frauen N=27
<b>restr. Anorexia Nervosa</b>								
restriktive AN	37 (100 %)	30 (100 %)	6 (25,0 %)	2 ( 6,7 %)	2 (40,0 %)	5 (17,2 %)	0	3 (11,1 %)
binge/purge AN	0	0	0	5 (16,7 %)	0	3 (10,3 %)	0	1 ( 3,7 %)
purging BN	0	0	1 ( 4,2 %)	2 ( 6,7 %)	0	1 ( 3,4 %)	0	0
non-purging BN	0	0	0	2 ( 6,7 %)	0	0	0	0
BED	0	0	0	0	0	0	0	0
ES-NNB	0	0	3 (12,5 %)	1 ( 3,3 %)	0	0	1 (12,5 %)	6 (22,2 %)
keine ES	0	0	14 (58,3 %)	18 (60,0 %)	3 (60,0 %)	20 (69,0 %)	7 (87,5 %)	17 (63,0 %)
verstorben	0	0	4 (10,8 %)	0	0	0	0	0
<b>binge/purge Anorexia Nervosa</b>	<b>Männer N=44</b>	<b>Frauen N=73</b>	<b>Männer N=22</b>	<b>Frauen N=68</b>	<b>Männer N=10</b>	<b>Frauen N=66</b>	<b>Männer N=12</b>	<b>Frauen N=57</b>
restriktive AN	0	0	1 ( 4,5 %)	5 ( 7,4 %)	0	6 ( 9,1 %)	0	2 ( 3,5 %)
binge/purge AN	44 (100 %)	73 (100 %)	5 (22,7 %)	26 (38,2 %)	3 (30,0 %)	13 (19,7 %)	0	10 (17,5 %)
purging BN	0	0	3 (13,6 %)	6 ( 8,8 %)	1 (10,0 %)	9 (13,6 %)	0	8 (14,0 %)
non-purging BN	0	0	0	0	0	0	0	0
BED	0	0	1 ( 4,5 %)	0	0	0	0	0
ES-NNB	0	0	6 (27,3 %)	2 ( 2,9 %)	4 (40,0 %)	2 ( 3,0 %)	2 (16,7 %)	10 (17,5 %)
keine ES	0	0	6 (27,3 %)	29 (42,6 %)	2 (20,0 %)	36 (54,5 %)	10 (83,3 %)	27 (47,4 %)
verstorben	0	0	1	5	0	1	0	1

#### 4.1.4 Body Mass Index, SIAB und Psychiatric Status Rating Scale

Folgende Tabellen geben eine Übersicht über den BMI mit entsprechender BMI Perzentile, über ausgewählte SIAB Items aus dem Experteninterview (SIAB-EX) (Körperschemastörung (Item 16), Verleugnung der Bedrohlichkeit des Untergewichts (Item 17) und Exzessive körperliche Betätigung (Item 42)) sowie über die Ergebnisse der PSR-Skala.

**Tab. 7: BMI und zugehörige BMI Perzentile für beide anorektische Gruppen im Verlauf.**

		restriktive Anorexia Nervosa		binge/purge Anorexia Nervosa		ANOVA		
		Männer	Frauen	Männer	Frauen	F (G.)	F (Diagn)	F (G. x Diagn)
<b>BMI</b> Erstmessung	N	30	30	32	73	48,2*	ns	ns
	M	16,4	14,1	17,0	14,4			
	SA	2,7	1,3	2,8	1,8			
2 Jahres- Katamnese	N	24	29	22	67	11,7*	ns	ns
	M	19,0	18,1	20,0	16,7			
	SA	2,9	2,8	3,8	3,5			
6 Jahres- Katamnese	N	5	27	10	63	4,7*	ns	ns
	M	20,5	18,7	19,8	17,6			
	SA	3,2	2,6	4,7	2,9			
12 Jahres- Katamnese	N	8	27	12	57	19,1*	ns	ns
	M	21,5	19,3	22,1	18,0			
	SA	1,9	2,5	2,4	3,0			
<b>BMI</b> <b>Perzentile</b> Erstmessung	N	30	30	32	73	11,1*	ns	ns
	M	3,5	0	6,2	0,5			
	SA	10,3	0	15,1	2,9			
2 Jahres- Katamnese	N	24	29	22	67	ns	ns	ns
	M	13,9	18,3	22,2	10,0			
	SA	23,3	25,8	32,7	19,5			
6 Jahres- Katamnese	N	5	27	10	63	ns	ns	ns
	M	25,4	20,4	28,0	12,8			
	SA	31,8	24,8	32,1	19,8			
12 Jahres- Katamnese	N	8	27	12	57	27,0*	ns	ns
	M	47,8	19,0	45,1	11,3			
	SA	32,2	22,5	11,3	19,4			

BMI = Body Mass Index; M = Mittelwert; SA = Standardabweichung; G. = Geschlecht;

Diagn. = Diagnosengruppe; \* =  $p < 0,05$

Der BMI zum Zeitpunkt der Erstmessung lag bei den Frauen in beiden anorektischen Gruppen in dem von der WHO definierten Bereich „kritisches Untergewicht“. Alle Untergruppen zeigten eine stetige Zunahme des BMI im Verlauf der Jahre. Die Frauen mit einer binge/purge AN hatten zu fast jedem Zeitpunkt den niedrigsten BMI aller Gruppen. Den höchsten BMI nach zwölf Jahren hatten die Männer mit einer binge/purge AN. Die höchste Steigerung des BMI verzeichneten die restriktiv anorektischen Männer, die niedrigste Steigerung die restriktiv anorektischen Frauen.

**Tab. 8: Ausgewählte SIAB-EX Items für Männer und Frauen mit restriktiver Anorexia Nervosa bzw. binge/purge Anorexia Nervosa im Verlauf**

		restriktive Anorexia Nervosa		binge/purge Anorexia Nervosa		ANOVA		
		Männer	Frauen	Männer	Frauen	F (G.)	F (Diagn)	F (G. x Diagn)
<u>Körperschema-</u> <u>störung</u>	N	24	27	22	60	ns	11,3*	ns
	M	0,9	1,2	2,0	1,8			
	SA	1,3	1,2	1,6	1,2			
2 Jahres- Katamnese	N	5	25	10	53	ns	ns	ns
	M	1,2	1,4	1,2	1,9			
	SA	1,8	1,3	1,4	1,4			
6 Jahres- Katamnese	N	8	27	12	56	ns	ns	ns
	M	0,5	1,0	0,5	1,5			
	SA	0,8	1,4	0,7	1,7			
12 Jahres- Katamnese	N	22	23	19	54	11,2*	ns	ns
	M	1,1	0,6	1,5	0,7			
	SA	1,4	0,9	1,6	1,0			
<u>Verleugnung</u> <u>Untergewicht</u>	N	5	25	10	50	6,0*	ns	ns
	M	1,6	0,7	1,2	0,6			
	SA	1,5	0,9	0,9	1,0			
2 Jahres- Katamnese	N	6	18	9	46	6,2*	ns	ns
	M	0,5	1,2	0,1	1,6			
	SA	0,5	1,4	0,3	1,7			
6 Jahres- Katamnese	N	24	27	22	60	ns	ns	ns
	M	1,5	1,4	1,0	1,5			
	SA	1,2	1,2	1,1	1,4			
<u>Exzessive</u> <u>körperliche</u> <u>Bewegung</u>	N	5	24	10	53	12,7*	ns	ns
	M	2,2	0,6	1,8	1,0			
	SA	1,3	0,8	1,5	1,2			
2 Jahres- Katamnese	N	8	27	12	56	ns	ns	ns
	M	1,3	1,6	0,9	1,2			
	SA	0,7	1,2	0,9	1,2			
6 Jahres- Katamnese	N	8	27	12	56	ns	ns	ns
	M	1,3	1,6	0,9	1,2			
	SA	0,7	1,2	0,9	1,2			

M = Mittelwert; SA = Standardabweichung; G. = Geschlecht; Diagn. = Diagnosengruppe;  
\* = p<0,05

Die Männer und Frauen mit einer binge/purge AN hatten im Kurzzeitverlauf eine deutlich höhere Ausprägung beim Item Körperschemastörung als die restriktiven magersüchtigen Probanden. Im Langzeitverlauf hatten die Männer beider Gruppen mit AN bei diesem Item bessere Werte als die anorektischen Frauen. In beiden anorektischen Untergruppen war der niedrigste gemessene Wert im Langzeitverlauf nach 12 Jahren erreicht. Beim Item Verleugnung der Bedrohlichkeit des Untergewichts hatten die Frauen beider

Gruppen zum Zeitpunkt der 2 Jahres- und der 6 Jahres-Katamnese signifikant niedrigere Werte als die Männer, im Langzeitverlauf nach 12 Jahren hatten jedoch die Männer in beiden Diagnosengruppen den deutlich niedrigeren Wert. Bei den Frauen in beiden Gruppen stieg, bei den Männern sank der Wert bei diesem Item im Verlauf der Jahre. Beim Item exzessive körperliche Bewegung hatten die Männer im mittelfristigen Verlauf einen signifikant höheren Wert als die Frauen in beiden Diagnosengruppen. Die Frauen beider Gruppen hatten im Langzeitverlauf hier eine höhere Ausprägung als die Männer. Die Frauen mit restriktiver AN hatten hier die höchste Ausprägung im Verlauf.

**Tab. 9: Ergebnisse der Psychiatric Status Rating Scale für die Männer und Frauen mit restriktiver Anorexia Nervosa bzw. binge/purge Anorexia Nervosa im Verlauf**

		restriktive Anorexia Nervosa		binge/purge Anorexia Nervosa		ANOVA		
		Männer	Frauen	Männer	Frauen	F (G.)	F (Diagn)	F (G. x Diagn)
<b>2 Jahres-Katamnese</b>	N	24	30	22	68	ns	ns	ns
	M	3,4	3,7	3,7	4,2			
	SA	1,6	1,4	1,9	1,5			
<b>6 Jahres-Katamnese</b>	N	5	29	10	66	ns	ns	ns
	M	3,6	3,2	3,0	4,0			
	SA	1,3	1,7	2,0	1,6			
<b>12 Jahres-Katamnese</b>	N	8	27	12	57	5,9*	ns	ns
	M	1,8	2,5	1,9	3,3			
	SA	1,0	1,7	1,3	1,9			

PSR = Psychiatric Status Rating; M = Mittelwert; SA = Standardabweichung; G. = Geschlecht; Diagn. = Diagnosengruppe; \* =  $p < 0,05$

Bei der PSR-Skala hatten die Frauen mit einer binge/purge AN zu jedem Messpunkt die höchsten Werte. Betrachtet man den Langzeitverlauf, hatten die Frauen signifikant höhere Werte als die Männer in beiden anorektischen Diagnosengruppen. Bei allen Untergruppen sank der Wert im Verlauf der Jahre und der Wert nach zwölf Jahren war bei beiden Geschlechtern der niedrigste gemessene Wert.

#### 4.1.5 Eating Disorder Inventory

Tabelle 10 zeigt die Ergebnisse des EDI für die Stichproben restriktive AN und binge/purge AN im Verlauf.

**Tab. 10: Skalen des EDI für restriktive AN bzw. binge/purge AN**

		restriktive Anorexia Nervosa		binge/purge Anorexia Nervosa		ANOVA		
		Männer	Frauen	Männer	Frauen	F (G.)	F (Diagn)	F (G. x Diagn)
<u>EDI</u> Summenwert Erstmessung	N	18	30	25	73	ns	5,2*	ns
	M	59,8	58,1	68,7	73,8			
	SA	24,2	19,9	24,6	33,3			
2 Jahres- Katamnese	N	22	27	19	57	ns	13,7*	ns
	M	34,3	46,9	63,3	69,7			
	SA	22,6	28,5	38,1	41,7			
6 Jahres- Katamnese	N	5	22	10	45	ns	ns	ns
	M	38,2	44,9	31,2	60,8			
	SA	25,3	24,6	21,2	42,7			
12 Jahres- Katamnese	N	7	25	11	48	ns	ns	ns
	M	21,5	32,3	29,9	46,7			
	SA	17,7	24,1	22,4	34,9			
<u>Schlankheits- streben</u> Erstmessung	N	18	30	25	73	ns	ns	ns
	M	8,9	8,7	9,7	10,9			
	SA	5,6	3,9	5,0	5,8			
2 Jahres- Katamnese	N	22	27	19	57	6,5*	11,4*	ns
	M	2,6	6,6	7,6	9,8			
	SA	3,6	5,5	6,8	7,1			
6 Jahres- Katamnese	N	5	22	10	45	4,4*	ns	ns
	M	3,4	5,8	3,2	8,3			
	SA	3,9	4,5	2,6	7,1			
12 Jahres- Katamnese	N	7	26	12	46	5,2*	ns	ns
	M	0,9	2,9	1,4	5,4			
	SA	0,9	4,5	1,9	5,9			
<u>Bulimie</u> Erstmessung	N	18	30	25	73	ns	26,8*	ns
	M	1,5	1,1	6,1	6,4			
	SA	2,2	1,9	4,8	6,3			
2 Jahres- Katamnese.	N	22	27	18	57	ns	12,0*	ns
	M	1,0	3,0	5,4	5,9			
	SA	3,1	3,9	5,6	6,5			
6 Jahres- Katamnese	N	5	22	10	44	ns	ns	ns
	M	0	2,8	2,6	6,8			
	SA	0	4,7	3,1	7,3			
12 Jahres- Katamnese.	N	7	25	11	47	ns	ns	ns
	M	0,1	1,5	0,9	3,1			
	SA	0,4	3,2	1,6	4,6			

Fortsetzung Tab. 10: Skalen des EDI für restriktive AN bzw. binge/purge AN

		restriktive Anorexia Nervosa		binge/purge Anorexia Nervosa		ANOVA		
		Männer	Frauen	Männer	Frauen	F (G.)	F (Diagn)	F (G. x Diagn)
<u>Unzufrieden mit Körper</u> Erstmessung	N	18	29	25	73	ns	ns	ns
	M	10,6	10,3	10,3	12,2			
	SA	5,5	5,1	5,4	5,8			
2 Jahres- Katamnese	N	22	27	19	57	ns	8,5*	ns
	M	6,0	8,9	10,3	12,7			
	SA	5,3	7,3	6,3	7,8			
6 Jahres- Katamnese	N	5	22	10	45	ns	ns	ns
	M	9,2	8,6	4,3	11,5			
	SA	9,2	6,7	4,9	8,0			
12 Jahres- Katamnese	N	6	25	12	48	4,4*	ns	ns
	M	3,0	6,8	5,0	9,6			
	SA	2,5	5,6	4,8	8,6			
<u>Ineffektivität</u> Erstmessung	N	18	30	25	73	ns	ns	ns
	M	7,8	10,5	11,9	11,5			
	SA	6,0	6,6	7,5	7,5			
2 Jahres- Katamnese	N	22	27	19	57	ns	6,0*	ns
	M	5,5	7,3	9,8	10,8			
	SA	5,6	6,7	8,3	9,3			
6 Jahres- Katamnese	N	5	22	10	45	ns	ns	ns
	M	6,0	7,6	3,7	8,3			
	SA	5,8	5,9	3,5	8,8			
12 Jahres- Katamnese	N	7	24	12	46	ns	ns	ns
	M	2,6	5,7	5,8	7,4			
	SA	4,8	5,5	6,2	8,2			
<u>Perfektionis- mus</u> Erstmessung	N	18	29	24	73	ns	ns	ns
	M	7,1	5,5	6,3	6,3			
	SA	4,6	3,6	3,7	4,0			
2 Jahres- Katamnese.	N	22	27	19	57	ns	3,9*	ns
	M	4,5	5,9	6,5	6,9			
	SA	3,3	3,9	3,4	4,4			
6 Jahres- Katamnese	N	5	22	10	45	ns	ns	ns
	M	4,2	5,6	5,8	6,5			
	SA	2,9	3,9	4,0	4,0			
12 Jahres- Katamnese.	N	7	24	12	48	ns	ns	ns
	M	5,2	5,0	4,7	6,0			
	SA	3,4	3,7	3,1	3,6			

**Fortsetzung Tab. 10: Skalen des EDI für restriktive AN bzw. binge/purge AN**

		restriktive Anorexia Nervosa		binge/purge Anorexia Nervosa		ANOVA		
		Männer	Frauen	Männer	Frauen	F (G.)	F (Diagn)	F (G. x Diagn)
<u>Misstrauen</u> Erstmessung	N	18	30	25	73	ns	ns	ns
	M	6,8	6,7	8,0	7,5			
	SA	4,6	3,8	4,2	4,4			
2 Jahres- Katamnese	N	22	27	19	57	ns	6,2*	ns
	M	4,5	5,0	7,3	7,2			
	SA	4,3	4,8	5,4	5,4			
6 Jahres- Katamnese	N	5	22	9	45	ns	ns	4,5*
	M	9,2	4,5	4,1	5,7			
	SA	7,0	3,8	3,4	5,2			
12 Jahres- Katamnese	N	7	25	11	47	ns	ns	ns
	M	3,1	3,8	3,6	4,8			
	SA	3,1	4,2	3,4	4,9			
<u>Interozeptive Wahrnehmung</u> Erstmessung	N	18	30	25	73	ns	4,4*	ns
	M	8,7	7,1	9,2	11,3			
	SA	5,9	4,2	5,4	6,9			
2 Jahres- Katamnese	N	22	27	19	57	ns	10,4*	ns
	M	4,5	5,1	8,4	9,6			
	SA	5,4	5,7	7,4	7,4			
6 Jahres- Katamnese	N	5	22	10	45	ns	ns	ns
	M	3,2	4,2	4,0	7,1			
	SA	2,6	4,8	6,0	7,1			
12 Jahres- Katamnese	N	7	25	12	48	ns	ns	ns
	M	2,2	2,8	2,8	5,0			
	SA	3,6	3,8	3,5	5,6			
<u>Angst vor Erwachsen- werden</u> Erstmessung	N	18	30	25	73	ns	ns	ns
	M	8,4	8,3	7,2	7,8			
	SA	4,4	5,2	5,1	5,5			
2 Jahres- Katamnese.	N	22	27	19	57	ns	ns	ns
	M	5,6	5,1	7,8	6,6			
	SA	5,2	5,7	5,2	5,7			
6 Jahres- Katamnese	N	5	22	10	44	ns	ns	ns
	M	3,0	5,7	3,3	6,3			
	SA	2,3	4,3	3,5	6,3			
12 Jahres- Katamnese.	N	7	26	12	47	ns	ns	ns
	M	4,4	3,9	5,7	5,5			
	SA	3,5	3,7	4,9	5,0			

M = Mittelwert; SA = Standardabweichung; G. = Geschlecht; D. = Diagnosengruppe;  
\* =  $p < 0,05$ ; EDI = Eating Disorder Inventory

Der höchste Summenwert beim EDI wurde zu jedem Messpunkt von Frauen mit der Diagnose binge/purge AN erreicht. Bei der Erstmessung und zum Zeitpunkt der 2 Jahres-Katamnese hatten die Männer und Frauen mit einer binge/purge AN einen signifikant höheren Summenwert als die restriktiv anorektischen Männer und Frauen. Bei allen Gruppen sank der Summenwert im Verlauf der Jahre. Betrachtet man die Skala Schlankheitsstreben hatten bei allen Messpunkten die Frauen beider Diagnosengruppen signifikant höhere Werte als die Männer. Auch bei der Skala Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper sind bei Frauen im Langzeitverlauf signifikant höhere Werte festzustellen als bei Männern. Männer und Frauen mit der Diagnose binge/purge AN hatten zum Zeitpunkt der 2 Jahreskatamnese bei fast allen Skalen des EDI signifikant höhere Werte als die restriktiv magersüchtigen Männer und Frauen.

Die Skala Misstrauen zeigte bei den restriktiv magersüchtigen Männern einen signifikant höheren Wert als bei den Frauen dieser Untergruppe.



#### 4.1.6 Symptom Checklist

Tabelle 11 stellt die Ergebnisse der SCL für die Männer und Frauen mit restriktiver AN und binge/purge AN dar.

**Tab. 11: Ergebnisse der SCL für restriktive AN bzw. binge/purge AN**

		restriktive Anorexia Nervosa		binge/purge Anorexia Nervosa		ANOVA		
		Männer	Frauen	Männer	Frauen	F (G.)	F (Diagn)	F (G. x Diagn)
<u>GSI</u> Erstmessung	N	22	29	29	68	ns	7,2*	ns
	M	1,1	1,1	1,3	1,5			
	SA	0,7	0,5	0,6	0,7			
2 Jahres- Katamnese	N	22	27	19	57	ns	10,6*	ns
	M	0,7	0,9	1,2	1,4			
	SA	0,6	0,6	0,8	0,9			
6 Jahres- Katamnese	N	5	22	10	45	ns	ns	ns
	M	0,6	0,9	0,8	1,2			
	SA	0,3	0,4	0,5	0,9			
12 Jahres- Katamnese	N	7	25	12	48	ns	ns	ns
	M	0,6	0,7	0,5	1,0			
	SA	0,6	0,5	0,5	0,8			
<u>PST</u> Erstmessung	N	22	29	29	68	ns	9,2*	ns
	M	49,2	50,5	57,2	61,4			
	SA	19,6	15,4	17,6	17,3			
2 Jahres- Katamnese	N	22	27	19	57	ns	9,3*	ns
	M	36,3	46,4	51,6	57,5			
	SA	21,9	18,3	28,6	21,4			
6 Jahres- Katamnese	N	5	22	10	45	ns	ns	ns
	M	36,4	45,8	43,4	51,6			
	SA	13,3	16,5	22,0	24,8			
12 Jahres- Katamnese	N	7	25	12	48	ns	ns	ns
	M	35,4	34,6	29,3	44,4			
	SA	26,6	18,0	23,5	24,6			
<u>PSDI</u> Erstmessung	N	22	29	29	68	ns	ns	ns
	M	1,9	1,9	2,0	2,2			
	SA	0,7	0,5	0,5	0,6			
2 Jahres- Katamnese	N	21	27	19	57	ns	6,3*	ns
	M	1,6	1,7	1,9	2,0			
	SA	0,5	0,5	0,7	0,7			
6 Jahres- Katamnese	N	5	22	9	45	ns	ns	ns
	M	1,5	1,7	1,6	1,9			
	SA	0,3	0,4	0,4	0,7			
12 Jahres- Katamnese	N	7	25	12	48	6,1*	ns	ns
	M	1,3	1,5	1,2	1,7			
	SA	0,4	0,4	0,3	0,7			

**Fortsetzung Tab. 11: Ergebnisse der SCL für restriktive AN bzw. binge/purge AN**

		restriktive Anorexia Nervosa		binge/purge Anorexia Nervosa		ANOVA		
		Männer	Frauen	Männer	Frauen	F (G.)	F (Diagn)	F (G. x Diagn)
<u>Somatisierung</u> Erstmessung	N	22	29	29	69	ns	12,8*	ns
	M	0,9	0,8	1,3	1,4			
	SA	0,7	0,6	0,6	0,8			
2 Jahres- Katamnese	N	22	27	19	57	ns	10,0*	ns
	M	0,6	0,7	1,0	1,2			
	SA	0,6	0,6	0,7	0,8			
6 Jahres- Katamnese	N	5	22	10	45	ns	ns	ns
	M	0,4	0,8	0,7	1,1			
	SA	0,2	0,6	0,5	0,8			
12 Jahres- Katamnese	N	7	25	12	48	ns	ns	ns
	M	0,3	0,5	0,4	0,9			
	SA	0,4	0,7	0,5	0,8			
<u>Zwang- haftigkeit</u> Erstmessung	N	22	29	29	68	ns	3,9*	ns
	M	1,4	1,3	1,7	1,6			
	SA	0,9	0,9	0,9	0,8			
2 Jahres- Katamnese	N	22	27	19	57	ns	ns	ns
	M	0,9	1,3	1,4	1,5			
	SA	0,7	0,9	1,1	1,1			
6 Jahres- Katamnese	N	4	22	10	45	ns	ns	ns
	M	0,5	1,0	0,9	1,2			
	SA	0,3	0,6	0,6	1,0			
12 Jahres- Katamnese	N	7	25	12	48	ns	ns	ns
	M	0,7	0,8	0,7	1,0			
	SA	0,7	0,6	0,6	1,0			
<u>Unsicherheit Sozialkontakt</u> Erstmessung	N	22	29	29	68	ns	ns	ns
	M	1,5	1,8	1,8	2,1			
	SA	1,0	0,8	0,9	1,0			
2 Jahres- Katamnese	N	22	27	19	57	5,1*	9,6*	ns
	M	0,9	1,4	1,6	2,0			
	SA	0,8	0,9	1,2	1,1			
6 Jahres- Katamnese	N	4	22	10	44	ns	ns	ns
	M	1,3	1,4	1,2	1,7			
	SA	1,1	0,7	0,9	1,2			
12 Jahres- Katamnese	N	7	25	12	48	ns	ns	ns
	M	0,8	1,0	0,6	1,3			
	SA	0,8	0,7	0,5	1,1			

Fortsetzung Tab. 11: Ergebnisse der SCL für restriktive AN bzw. binge/purge AN

		restriktive Anorexia Nervosa		binge/purge Anorexia Nervosa		ANOVA		
		Männer	Frauen	Männer	Frauen	F (G.)	F (Diagn)	F (G. x Diagn)
<u>Depressivität</u> Erstmessung	N	22	29	29	69	ns	4,8*	ns
	M	1,6	1,6	1,9	2,0			
	SA	1,0	0,8	0,8	1,0			
2 Jahres- Katamnese	N	22	27	19	57	ns	10,7*	ns
	M	0,9	1,1	1,6	1,7			
	SA	0,8	0,8	1,1	1,1			
6 Jahres- Katamnese	N	5	22	10	45	ns	ns	ns
	M	0,8	1,1	1,0	1,5			
	SA	1,1	0,7	0,7	1,2			
12 Jahres- Katamnese	N	7	25	12	48	ns	ns	ns
	M	0,7	0,9	0,6	1,2			
	SA	0,7	0,7	0,8	1,1			
<u>Ängstlichkeit</u> Erstmessung	N	22	29	29	68	ns	6,1*	ns
	M	1,0	0,8	1,5	1,5			
	SA	0,9	0,6	0,9	0,9			
2 Jahres- Katamnese	N	22	27	19	57	ns	7,6*	ns
	M	0,7	0,9	1,2	1,3			
	SA	0,7	0,7	1,0	1,0			
6 Jahres- Katamnese	N	5	22	10	45	ns	ns	ns
	M	0,4	0,7	0,8	1,2			
	SA	0,3	0,5	0,6	1,0			
12 Jahres- Katamnese	N	7	25	12	48	ns	ns	ns
	M	0,5	0,6	0,4	0,9			
	SA	0,6	0,6	0,5	1,0			
<u>Aggressivität</u> u. <u>Feindseligkeit</u> Erstmessung	N	22	29	29	68	ns	ns	ns
	M	0,8	0,8	0,7	1,1			
	SA	0,7	0,6	0,6	0,9			
2 Jahres- Katamnese	N	22	27	19	57	ns	ns	ns
	M	0,6	0,7	0,8	1,1			
	SA	0,8	0,6	0,6	1,0			
6 Jahres- Katamnese	N	5	22	10	45	ns	ns	ns
	M	0,3	0,6	0,6	0,9			
	SA	0,2	0,5	0,4	0,8			
12 Jahres- Katamnese	N	7	25	12	48	ns	ns	4,7*
	M	0,7	0,3	0,3	0,7			
	SA	1,2	0,4	0,4	0,8			

**Fortsetzung Tab. 11: Ergebnisse der SCL für restriktive AN bzw. binge/purge AN**

		restriktive Anorexia Nervosa		binge/purge Anorexia Nervosa		ANOVA		
		Männer	Frauen	Männer	Frauen	F (G.)	F (Diagn)	F (G. x Diagn)
<u>Phobische Angst</u> Erstmessung	N	22	28	29	68	ns	8,3*	ns
	M	0,5	0,5	0,7	0,8			
	SA	0,5	0,4	0,7	0,7			
2 Jahres- Katamnese	N	22	27	19	57	ns	5,5*	ns
	M	0,3	0,6	0,8	0,8			
	SA	0,4	0,7	0,9	0,6			
6 Jahres- Katamnese	N	5	22	10	45	ns	ns	ns
	M	0,3	0,4	0,4	0,7			
	SA	0,4	0,4	0,4	0,7			
12 Jahres- Katamnese	N	7	25	12	48	ns	ns	ns
	M	0,3	0,3	0,3	0,5			
	SA	0,6	0,5	0,5	0,7			
<u>Paranoides Denken</u> Erstmessung	N	22	29	29	68	ns	ns	ns
	M	1,1	1,0	1,0	1,5			
	SA	0,9	0,8	0,6	0,9			
2 Jahres- Katamnese	N	22	27	19	57	ns	7,2*	ns
	M	0,8	0,9	1,1	1,4			
	SA	0,7	0,6	0,9	0,9			
6 Jahres- Katamnese	N	5	22	10	45	ns	ns	ns
	M	0,7	0,9	1,0	1,3			
	SA	0,7	0,6	0,7	1,0			
12 Jahres- Katamnese	N	7	25	12	48	ns	ns	ns
	M	0,6	0,6	0,4	1,0			
	SA	0,6	0,6	0,5	0,8			
<u>Psychotizismus</u> Erstmessung	N	22	29	28	68	ns	3,9*	ns
	M	0,9	0,9	1,1	1,2			
	SA	0,6	0,7	0,7	0,8			
2 Jahres- Katamnese	N	22	27	19	57	ns	14,1*	ns
	M	0,4	0,6	1,0	1,2			
	SA	0,6	0,6	0,9	0,9			
6 Jahres- Katamnese	N	5	22	10	45	ns	ns	ns
	M	0,5	0,5	0,5	1,0			
	SA	0,4	0,5	0,3	1,0			
12 Jahres- Katamnese	N	7	25	12	48	ns	ns	ns
	M	0,5	0,4	0,3	0,7			
	SA	0,6	0,5	0,5	0,9			

GSI = General Symptomatic Index; PST = Positive Symptom Total; PSDI = Positive Symptom Distress Index; M = Mittelwert; SA = Standardabweichung; G. = Geschlecht; D. = Diagnosengruppe; \* =  $p < 0,05$ ;

Bei den Summenwerten GSI und PST zeigten die Männer und Frauen mit einer binge/purge AN zum Zeitpunkt der Erstmessung und im Kurzzeitverlauf signifikant höhere Werte als die restriktiv magersüchtigen Probanden. Die insgesamt höchste Ausprägung bei den Summenwerten war bei den Frauen mit einer binge/purge AN festzustellen. Alle drei Summenwerte sanken im Verlauf der Jahre in beiden Diagnosengruppen. Nach 12 Jahren hatten die Frauen beider Diagnosengruppen einen signifikant höheren Wert beim PSDI als die Männer. Bei fast allen Skalen der SCL ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen beiden Diagnosengruppen. Die Männer und Frauen mit der Diagnose binge/purge AN hatten zum Zeitpunkt der 2 Jahres-Katamnese, zum Teil auch bei der Erstmessung, stets höhere Werte als die Probanden mit restriktiver AN.

#### 4.1.7 Psychiatrische Komorbidität

Tabelle 12 gibt eine Übersicht über die Lebenszeit Prävalenz von den im DSM IV definierten Achse-I Störungen für die anorektischen Männer und Frauen.

**Tab. 12: Lebenszeit Prävalenz von Achse-I Störungen für Männer und Frauen mit restriktiver bzw. binge/purge Anorexia Nervosa**

	restriktive AN				FG	Chi <sup>2</sup> -Test	binge/purge AN				FG	Chi <sup>2</sup> -Test
	Männer		Frauen				Männer		Frauen			
	N=35	N=23	N=41	N=54			N	%	N	%		
<b>Affektive Störung</b>	23	65,7	16	69,6	1	ns	28	68,3	33	61,1	1	ns
<b>Angststörung</b>	14	40,0	12	52,2	1	ns	16	39,0	24	44,4	1	ns
<b>Substanzinduzierte Störung</b>	7	20,0	4	17,4	1	ns	13	31,7	19	35,2	1	ns

AN = Anorexia nervosa; ns = nicht signifikant; FG = Freiheitsgrade; \* = p<0,05

Die häufigste Achse-I Störung war die Affektive Störung, sowohl bei beiden Geschlechtern als auch in beiden Diagnosengruppen. Angststörungen kamen in beiden anorektischen Untergruppen bei den Frauen häufiger vor. Die Männer und Frauen mit einer binge/purge AN hatten öfter eine substanzinduzierte Störung als die Betroffenen aus der Stichprobe restriktive AN. Im Vergleich zu den beiden anderen Achse-I Störungen kamen Substanzinduzierte Störungen sehr selten vor.

Der SKID II zur Diagnose von Achse-II Störungen wurde nur bei den Männern beider anorektischen Stichproben durchgeführt.

**Tab. 13: Lebenszeit Prävalenz von Achse-II Störungen für die Männer der Stichprobe restriktive Anorexia Nervosa bzw. binge/purge Anorexia Nervosa**

	restr. AN Männer N=33		b./p. AN Männer N=36			restr. AN Männer N=33		b./p. AN Männer N=36	
	N	%	N	%		N	%	N	%
Selbstunsichere PS	6	18,2	7	19,4	Histrionische PS	0	0	0	0
Dependente PS	0	0	2	5,6	Narzißtische PS	0	0	1	2,8
Zwanghafte PS	6	18,2	7	19,4	Borderline PS	0	0	2	5,6
Negativistische PS	0	0	1	2,8	Antisoziale PS	0	0	1	2,8
Depressive PS	1	3,0	1	2,8	Gesamt Cluster A	3	9,1	4	11,1
Paranoide PS	1	3,0	2	5,6	Gesamt Cluster B	0	0	3	8,3
Schizotypische PS	0	0	0	0	Gesamt Cluster C	10	30,3	11	30,6
Schizoide PS	2	6,1	2	5,6	Gesamt PS	11	33,3	13	36,1

AN = Anorexia Nervosa; b./p. = „binge/purge“; PS = Persönlichkeitsstörung

Am häufigsten war in beiden Diagnosengruppen die Selbstunsichere und die Zwanghafte PS (Cluster C). Männer mit einer binge/purge AN zeigten eine breitere Verteilung auf die verschiedenen Persönlichkeitsstörungen. In beiden Untergruppen hatte ca. ein Drittel der Männer eine Persönlichkeitsstörung in ihrer Lebenszeit erfahren.

## 4.2 Bulimia Nervosa

Tabelle 14 zeigt die Zusammensetzung der Stichprobe BN

**Tab. 14: Zusammensetzung der Stichprobe Bulimia nervosa**

	Fallzahl gesamt	Männer N	Männer %	Frauen N	Frauen %
<b>Stichprobe Bulimia Nervosa</b>	273	64	23,4	209	76,6

### 4.2.1 Stichprobenbeschreibung

Tabelle 15 stellt das Alter bei Erstmessung, Alter bei Beginn der Essstörung, Dauer der Essstörung sowie Länge der Katamneseintervalle für Männer und Frauen mit BN dar.

**Tab. 15: Altersdaten und Dauer der Essstörung/ Länge der Katamneseintervalle der Männer und Frauen mit Bulimia Nervosa**

	Männer N	M	SA	Frauen N	M	SA	FG	t-Test p-Wert
<b>Alter bei Erstmessung in Jahren</b>	64	33,1	9,6	209	25,7	6,7	271	0,000
<b>Alter bei Beginn der ES in Jahren</b>	61	19,8	8,6	209	16,5	5,4	268	0,000
<b>Dauer der ES in Jahren</b>	60	14,1	9,4	209	9,1	5,7	267	0,000
<b>Katamneseintervall 1 in Jahren</b>	35	2,6	1,1	206	2,0	0,7	239	0,000
<b>Katamneseintervall 2 in Jahren</b>	14	6,4	1,5	196	6,2	0,9	208	ns
<b>Katamneseintervall 3 in Jahren</b>	15	13,2	1,8	175	12,4	0,9	188	0,002

ES = Essstörung; FG = Freiheitsgrade; ns = nicht signifikant; M = Mittelwert; SA = Standardabweichung

Die Männer waren sowohl bei Erstmessung als auch bei Beginn der Essstörung älter als die Frauen und die Dauer der Essstörung war länger. Die Katamneseintervalle 1 und 3 unterschieden sich bei Männern und Frauen ebenfalls signifikant.

## 4.2.2 Soziodemographische Daten

Tabelle 16 gibt eine Übersicht über die Daten zum Schulabschluss, beruflicher Stellung, Familienstand, aktueller Partnerschaft und Wohnsituation der Männer und Frauen mit BN.

**Tab. 16: Soziodemographische Kennwerte der Männer und Frauen mit Bulimia Nervosa**

	<b>Männer N=62</b>	<b>Männer %</b>	<b>Frauen</b>	<b>Frauen %</b>	<b>Chi<sup>2</sup>- Test</b>
<b>Höchster Schulabschluss</b>			N=201		
Kein Abschluss	0	0	5	2,5	FG=8
Qualifizierender Abschluss	18	29,0	39	19,4	ns
Real-/Fachschule ohne Abschluss	1	1,6	14	7,0	
Real-/Fachschule mit Abschluss	12	19,4	46	22,9	
Höhere Fachschule ohne Abschluss	0	0	11	5,5	
Abitur	10	16,1	34	16,9	
Höhere Fachschule mit Abschluss	6	9,7	17	8,5	
Hochschule ohne Abschluss	5	8,1	5	2,5	
Hochschule mit Abschluss	10	16,1	30	14,9	
<b>Berufliche Situation</b>			N=201		
Freiberuflich tätig	1	1,6	13	6,5	FG=9
Selbständig tätig	6	9,7	13	6,5	ns
Beamte(r)/Angestellte(r) leitend	11	17,7	21	10,4	
Beamte(r)/Angestellte(r)	13	21,0	70	34,8	
Arbeiter/-in	4	6,5	4	2,0	
Hausmann/Hausfrau	3	4,8	30	14,9	
Student/-in	2	3,2	10	5,0	
Arbeitslos	7	11,3	10	5,0	
Arbeitsunfähig/berentet	10	16,1	13	6,5	
Derzeit nicht berufstätig	5	8,1	17	8,5	
<b>Familienstand</b>			N=201		
Ledig	33	53,2	91	45,3	FG=4
Verheiratet	20	32,3	82	40,8	ns
Getrennt lebend	4	6,5	4	2,0	
Geschieden	5	8,1	22	10,9	
Verwitwet	0	0	2	1,0	
<b>Partnerschaft</b>			N=205		
Ja	40	64,5	150	73,2	FG=1
Nein	22	35,5	55	26,8	ns
<b>Wohnsituation</b>			N=205		
Alleine	23	37,1	60	29,3	FG=6
Bei Eltern	6	9,7	28	13,7	ns
Mit Partner/verheiratet	19	30,6	71	34,6	
Mit Partner/unverheiratet	11	17,7	29	14,1	
Bei Schwiegereltern	1	1,6	0	0	
In Wohngemeinschaft	2	3,2	7	3,4	
Sonstiges	0	0	10	4,9	

FG = Freiheitsgrade; ns = nicht signifikant



Der Großteil der Männer und auch der Frauen mit einer BN konnten einen Hauptschul- bzw. Realschulabschluss vorweisen. Bezüglich der beruflichen Situation gab es ebenfalls nur wenige Unterschiede zwischen Männern und Frauen, wobei die Mehrheit in beiden Untergruppen als Angestellter/Beamter tätig war. Die Männer waren öfter als die Frauen von Arbeitslosigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit betroffen. Die Mehrheit der Männer war ledig, die Frauen waren öfter als die Männer verheiratet. Beide Geschlechter lebten mehrheitlich in einer Partnerschaft. Was die Wohnsituation betrifft, lebten die Mehrzahl der Männer und Frauen alleine oder in einer Ehegemeinschaft.

#### **4.2.3 Diagnosenverlauf der Bulimia Nervosa**

Tabelle 17 stellt den Diagnosenverlauf der BN und die Häufigkeit verschiedener Diagnosen über die Zeit hinweg bei Patienten mit der Aufnahmediagnose BN dar. Nach zwei Jahren hatte nur noch wenige der Männer die Aufnahmediagnose BN. Nach zwei Jahren konnte bei einem Drittel der Männer keine ausgeprägte Essstörung mehr diagnostiziert werden und nur ein geringer Anteil wechselte die Diagnosengruppe. In diesem Kriterium bestand ein Unterschied zu den bulimischen Frauen, die deutlich häufiger in einen anderen Bereich der Essstörungen wechselten. Nach zwei Jahren hatten noch deutlich mehr Frauen die Aufnahmediagnose BN, der Wert sank erst im weiteren Verlauf der Jahre. Nach 2 Jahren konnte die Diagnose einer Essstörung bei über der Hälfte der Frauen nicht mehr gestellt werden, nach 12 Jahren sogar bei fast zwei Drittel der Frauen nicht mehr. Ein Teil der Frauen wechselte im Verlauf der Jahre vom bulimischen in den anorektischen Bereich der Essstörungen.

Während bei den Frauen vier Todesfälle im Langzeitverlauf zu beklagen waren, gab es bei den Männern keinen Todesfall.

#### **4.2.4 SIAB, Body Mass Index und Psychiatric Status Rating Scale**

Tabelle 18 gibt eine Übersicht über ausgewählte SIAB-EX Items, den BMI mit entsprechender BMI Perzentile und die Ergebnisse der PSR-Skala.

Bei Männern mit einer BN war ein stabiler Verlauf mit niedriger Ausprägung beim Item Körperschemastörung sichtbar, während die Ausprägung dieses Items bei den Frauen zu jedem Katamnesezeitpunkt höher war. Beim Item exzessive körperliche Betätigung erkennt man, dass die Männer bei jedem Messpunkt eine höhere Ausprägung als die Frauen der Stichprobe hatten.

Bei den Männern mit einer BN war der BMI nach sechs Jahren im Bereich einer Adipositas Grad 1. Im Langzeitverlauf sank der BMI zwar noch weiter ab, lag aber immer noch nicht im Bereich des Normalgewichts. Die Frauen der Stichprobe hatten im Verlauf der Jahre einen stabilen BMI im Bereich des Normalgewichts. Der niedrigste gemessene BMI lag bei den Frauen zum Zeitpunkt der Erstmessung vor.

Bei den Werten der PSR-Skala zeigten die Männer nach sechs Jahren einen Anstieg, wobei der Wert nach zwölf Jahren jedoch unter dem entsprechenden Wert der 2 Jahreskatamnese lag. Bei den Frauen sank der Wert der PSR-Skala stetig im Verlauf der Jahre.

**Tab. 17: Diagnostische Verläufe der Männer und Frauen mit Aufnahmediagnose Bulimia Nervosa**

	Erstmessung		2 Jahres-Katamnese		6 Jahre-Katamnese		12 Jahres-Katamnese	
	Männer N=64	Frauen N=209	Männer N=35	Frauen N=194	Männer N=14	Frauen N=196	Männer N=15	Frauen N=175
<b>Bulimia Nervosa</b>								
restriktive AN	0	0	0	1 (0,5%)	0	2 (1,0%)	0	1 ( 0,6 %)
binge/purge AN	0	0	0	2 (1,0%)	0	5 (2,6%)	0	2 ( 1,1 %)
purging BN	50 (78,1%)	196(93,8%)	8 (22,9%)	60 (30,9%)	2 (14,3%)	40 (20,4%)	0	17 ( 9,7 %)
non-purging BN	14 (21,9%)	13 (6,2%)	1 (2,9%)	8 (4,1%)	0	2 (1,0%)	1 ( 6,7 %)	1 ( 0,6 %)
BED	0	0	1 (2,9%)	0	3 (21,4%)	2 (1,0%)	1 ( 6,7 %)	3 ( 1,7 %)
ES-NNB	0	0	7 (20,0%)	15 (7,7%)	5 (35,7%)	3 (1,5%)	4 (26,7 %)	23 (11,0 %)
keine ES	0	0	18 (51,4%)	108(55,7%)	4 (28,6 %)	142 (72,4 %)	9 (60,0 %)	128 (73,1 %)
verstorben	0	0	0	0	0	2	0	2

AN = Anorexia nervosa; BED = Binge Eating Disorder; ES-NNB = nicht näher bezeichnete Essstörung; ES = Essstörung

**Tab.18: Ausgewählte SIAB-EX Items, BMI mit zugehöriger BMI Perzentile und PSR bei Männern und Frauen mit Bulimia Nervosa im Verlauf**

		Erstmessung			2 Jahres-Katamnese			6 Jahres-Katamnese			12 Jahres-Katamnese		
		Männer	Frauen	t-Test	Männer	Frauen	t-Test	Männer	Frauen	t-Test	Männer	Frauen	t-Test
<u>Körperschemastörung</u>	N	----	----	----	35	200	FG=233 p=0,000	13	181	FG=192 p=0,017	14	171	FG=183 ns
	M	----	----		0,4	1,3		0,3	1,1		0,4	0,5	
	SA	----	----		0,7	1,2		1,1	1,1		0,6	0,8	
<u>Exzessive körperl. Bewegung</u>	N	----	----	----	35	200	FG=233 p=0,020	13	181	FG=192 p=0,010	14	171	FG=183 p=0,027
	M	----	----		1,2	0,8		0,9	0,4		1,4	0,8	
	SA	----	----		1,1	1,0		1,0	0,7		1,0	0,9	
<u>BMI</u>	N	52	209	FG=259 p=0,000	35	204	FG=237 p=0,000	14	193	FG=205 p=0,000	15	175	FG=188 p=0,004
	M	29,0	21,8		30,3	22,1		31,4	22,0		26,7	22,3	
	SA	9,5	5,7		7,2	5,2		10,8	5,3		4,9	5,8	
<u>BMI Perzentile</u>	N	52	209	FG=259 p=0,000	35	204	FG=237 p=0,000	14	193	FG=205 p=0,000	15	175	FG=188 p=0,000
	M	68,6	43,8		80,1	44,3		72,3	40,3		68,5	34,5	
	SA	32,5	33,9		24,6	30,4		36,9	30,4		29,4	30,6	
<u>PSR</u>	N	----	----	----	34	196	FG=229 ns	14	196	FG=208 ns	15	175	FG=188 ns
	M	----	----		3,5	3,8		3,9	3,1		2,5	2,5	
	SA	----	----		1,5	1,6		1,7	1,6		1,6	1,6	

BMI = Body Mass Index; PSR = Psychiatric Status Rating Scale; M = Mittelwert; SA = Standardabweichung; FG = Freiheitsgrade

#### **4.2.5 Eating Disorder Inventory**

Tabelle 19 gibt eine Übersicht über die Skalenwerte des EDI für die Männer und Frauen mit einer BN.

Bei den bulimischen Männern und Frauen sank der Summenwert stetig im Verlauf der Jahre, bezogen auf den Ausgangswert. Bei Erstmessung hatten die Männer einen signifikant niedrigeren Summenwert als die Frauen. Bei den restlichen Messpunkten war jedoch ihr Summenwert stets höher im Vergleich zu den bulimischen Frauen. Zum Zeitpunkt der Erstmessung hatten die Frauen in einigen Skalen signifikant höhere Werte als die Männer.

Bei der Skala Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper erreichten die Männer im Kurzzeitverlauf einen signifikant höheren Wert als die Frauen. Bei der Skala Angst vor dem Erwachsenwerden erzielten die Männer deutlich höhere Werte als die Frauen im mittel- und langfristigen Verlauf.

#### **4.2.6 Symptom Checklist**

Tabelle 20 gibt eine Übersicht über die einzelnen Skalen der SCL für die bulimischen Männer und Frauen.

Bei den bulimischen Männern waren die beiden Summenwerte GSI und PSDI nahezu konstant im Verlauf, bei den Frauen war hingegen ein stetiger Rückgang im Verlauf der Jahre bei allen drei Summenwerten festzustellen. Der Summenwert PST stieg bei den Männern erst nach 6 Jahren auf den höchsten Wert, in den folgenden Jahren sank er dann auf den niedrigsten gemessenen Wert. Die Männer hatten ab dem Zeitpunkt der 2. Jahreskatamnese bei allen drei Summenwerten (GSI, PST, PSDI) höhere Ergebnisse als die Frauen.

Bei der Skala Ängstlichkeit zeigten die Männer im Langzeitverlauf einen signifikant höheren Wert als die Frauen.

**Tab. 19: Skalenwerte des Eating Disorder Inventory für Männer und Frauen mit Bulimia Nervosa**

		Erstmessung			2 Jahres-Katamnese			6 Jahres-Katamnese			12 Jahres-Katamnese		
		Männer	Frauen	t-Test	Männer	Frauen	t-Test	Männer	Frauen	t-Test	Männer	Frauen	t-Test
<u>EDI Summenwert</u>	N	36	208	FG=242 p=0,012	32	186	FG=216 ns	9	152	FG=159 ns	13	148	FG=159 ns
	M	69,5	84,0		58,6	53,5		52,6	42,5		45,6	33,5	
	SA	28,5	32,4		39,9	36,5		24,8	31,5		29,1	25,2	
Schlankheitsstreben	N	36	209	FG=243 ns	32	187	FG=217 ns	10	152	FG=160 ns	13	148	FG=159 ns
	M	9,9	11,9		7,3	7,0		5,1	5,1		5,3	3,1	
	SA	6,0	5,7		6,6	6,1		6,0	5,8		4,4	4,2	
Bulimie	N	36	208	FG=242 p=0,000	32	186	FG=216 ns	9	152	FG=159 ns	13	144	FG=155 ns
	M	7,3	11,9		4,6	5,7		3,8	3,9		3,0	2,2	
	SA	4,3	5,1		5,4	5,9		5,1	5,1		5,1	3,9	
Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper	N	36	208	FG=242 ns	31	186	FG=215 p=0,010	9	152	FG=159 ns	12	147	FG=157 ns
	M	15,8	15,7		16,0	11,4		14,0	9,7		11,6	7,8	
	SA	7,6	8,9		8,5	9,2		8,6	8,5		6,4	7,8	
Ineffektivität	N	36	208	FG=242 p=0,034	31	186	FG=215 ns	9	152	FG=159 ns	13	147	FG=158 ns
	M	9,2	11,9		8,0	7,4		8,9	5,3		7,3	5,2	
	SA	7,5	7,0		8,3	7,2		7,4	6,3		6,9	5,5	
Perfektionismus	N	36	207	FG=241 p=0,044	32	186	FG=216 ns	9	152	FG=159 ns	13	146	FG=157 ns
	M	5,5	7,2		4,9	6,1		5,8	5,4		3,0	5,0	
	SA	3,7	4,7		4,5	4,0		3,7	4,0		2,9	3,5	
Misstrauen	N	36	208	FG=242 ns	31	186	FG=215 ns	9	151	FG=158 ns	13	148	FG=159 ns
	M	6,2	7,0		5,9	4,8		4,3	4,0		5,8	3,6	
	SA	3,9	4,5		4,4	4,4		3,2	4,3		5,1	3,7	

**Fortsetzung Tab.19: Skalenwerte des Eating Disorder Inventory für Männer und Frauen mit Bulimia Nervosa**

		Erstmessung			2 Jahres-Katamnese			6 Jahres-Katamnese			12 Jahres-Katamnese		
		Männer	Frauen	t-Test	Männer	Frauen	t-Test	Männer	Frauen	t-Test	Männer	Frauen	t-Test
Interozeptive Wahrnehmung	N	36	208	FG=242 p=0,006	32	186	FG=216 ns	9	151	FG=158 ns	13	146	FG=157 ns
	M	8,8	11,7		6,6	6,6		4,2	5,4		4,3	3,7	
	SA	5,7	5,9		6,1	6,4		3,3	5,9		5,3	4,9	
Angst vor dem Erwachsenwerden	N	36	208	FG=242 ns	31	186	FG=215 ns	9	150	FG=157 p=0,035	13	145	FG=156 p=0,001
	M	6,7	6,8		5,6	4,5		6,1	3,5		6,2	3,2	
	SA	5,1	5,3		5,1	4,5		3,6	3,5		5,1	2,7	

EDI = Eating Disorder Inventory; M = Mittelwert; SA = Standardabweichung; FG = Freiheitsgrade

**Tab. 20: Mittelwerte der Symptom Checklist für Männer und Frauen mit Bulimia Nervosa im Verlauf der Jahre**

		Erstmessung			2 Jahres-Katamnese			6 Jahres-Katamnese			12 Jahres-Katamnese		
		Männer	Frauen	t-Test	Männer	Frauen	t-Test	Männer	Frauen	t-Test	Männer	Frauen	t-Test
GSI General Symptomatic Index	N	48	205	FG=251	32	186	FG=216	10	152	FG=160	13	148	FG=159
	M	1,3	1,4	ns	1,1	1,0	ns	1,1	0,8	ns	1,0	0,7	ns
	SA	0,7	0,7		1,0	0,8		0,6	0,7		0,8	0,6	
PST Positive Symptom Total	N	48	205	FG=251	32	186	FG=216	10	152	FG=160	13	148	FG=159
	M	58,3	58,4	ns	49,1	47,2	ns	53,1	39,4	ns	48,3	35,2	ns
	SA	18,8	18,1		27,7	24,2		25,4	24,4		33,5	22,3	
PSDI Positive Symptom Distress Index	N	48	204	FG=251	31	186	FG=215	10	150	FG=158	11	147	FG=156
	M	1,9	2,1	ns	1,7	1,7	ns	1,7	1,6	ns	1,7	1,5	ns
	SA	0,6	0,6		0,7	0,6		0,5	0,6		0,5	0,5	
Somatisierung	N	48	205	FG=251	32	186	FG=216	10	152	FG=160	13	148	FG=159
	M	1,0	1,1	ns	0,9	0,8	ns	1,2	0,7	ns	1,0	0,6	ns
	SA	0,7	0,8		0,9	0,7		0,7	0,7		1,0	0,7	
Zwanghaftigkeit	N	48	205	FG=251	32	186	FG=216	10	152	FG=160	13	147	FG=158
	M	1,5	1,6	ns	1,2	1,2	ns	1,1	0,9	ns	1,2	0,8	ns
	SA	0,9	0,9		1,1	0,9		0,8	0,8		1,1	0,7	
Unsicherheit im Sozialkontakt	N	48	205	FG=251	32	186	FG=216	10	152	FG=160	13	147	FG=158
	M	1,7	1,9	ns	1,3	1,4	ns	1,2	1,1	ns	1,2	0,9	ns
	SA	0,9	0,9		1,1	1,0		0,7	0,9		0,9	0,8	
Depressivität	N	48	205	FG=251	32	186	FG=216	10	152	FG=160	13	148	FG=159
	M	1,7	1,9	ns	1,3	1,3	ns	1,3	1,0	ns	1,1	0,9	ns
	SA	0,9	0,9		1,1	1,0		0,9	0,9		0,9	0,8	

**Fortsetzung Tab. 20: Mittelwerte der Symptom Checklist für Männer und Frauen mit Bulimia Nervosa im Verlauf der Jahre**

		Erstmessung			2 Jahres-Katamnese			6 Jahres-Katamnese			12 Jahres-Katamnese		
		Männer	Frauen	t-Test	Männer	Frauen	t-Test	Männer	Frauen	t-Test	Männer	Frauen	t-Test
Ängstlichkeit	N	48	205	FG=251	32	186	FG=216	9	152	FG=159	13	148	FG=159
	M	1,3	1,3	ns	1,0	1,0	ns	1,1	0,8	ns	1,0	0,6	p=0,039
	SA	0,8	0,9		1,0	0,9		0,6	0,8		0,9	0,7	
Aggressivität und Feindseligkeit	N	48	205	FG=251	32	187	FG=217	10	152	FG=160	13	148	FG=159
	M	1,0	1,1	ns	0,9	0,9	ns	0,9	0,8	ns	0,6	0,6	ns
	SA	0,8	0,8		0,9	0,9		0,8	0,9		0,7	0,6	
Phobische Angst	N	48	205	FG=251	32	187	FG=217	10	152	FG=160	13	148	FG=159
	M	0,9	0,9	ns	0,8	0,6	ns	0,6	0,5	ns	0,6	0,4	ns
	SA	0,9	0,8		1,2	0,8		0,5	0,7		0,7	0,5	
Paranoides Denken	N	48	205	FG=251	32	187	FG=217	10	152	FG=160	13	148	FG=159
	M	1,4	1,4	ns	1,2	1,1	ns	1,1	0,9	ns	1,0	0,7	ns
	SA	0,9	0,9		1,0	0,9		0,7	0,9		0,8	0,7	
Psychotizismus	N	48	205	FG=251	32	187	FG=217	10	152	FG=160	13	148	FG=159
	M	1,0	1,1	ns	0,9	0,8	ns	0,8	0,6	ns	0,7	0,4	ns
	SA	0,8	0,7		0,9	0,8		0,5	0,7		0,7	0,6	

M = Mittelwert; SA = Standardabweichung; FG = Freiheitsgrade; ns = nicht signifikant



#### 4.2.7 Psychiatrische Komorbidität

In Tabelle 21 ist eine Übersicht über die Lebenszeit Prävalenz von den im DSM IV definierten Achse-I Störungen für die bulimischen Männer und Frauen dargestellt.

**Tab. 21: Lebenszeit Prävalenz von Achse-I Störungen für Männer und Frauen mit Bulimia Nervosa**

	Männer N=60		Frauen N=170		FG	Chi <sup>2</sup> -Test
	N	%	N	%		
<b>Affektive Störung</b>	40	62,5	118	56,5	1	ns
<b>Angststörung</b>	23	35,9	61	29,2	1	ns
<b>Substanzinduzierte Störung</b>	32	50,0	60	28,7	1	6,01*

ns = nicht signifikant; FG = Freiheitsgrade; \* =  $p < 0,05$

Die Auswertung zeigt, dass die meisten Männer und Frauen mit einer BN von einer Affektiven Störung betroffen waren. Mehr als die Hälfte der Frauen und fast zwei Drittel der Männer litt in ihrem Leben bereits an einer Affektiven Störung. Einen signifikanten Unterschied gab es im Bereich Substanzinduzierte Störung: die Hälfte der Männer war hier schon betroffen, bei den Frauen gab es hier deutlich weniger Fälle. Insgesamt gesehen hatten Männer mit einer BN wesentlich häufiger als die Frauen eine Achse-I Störung.

Der SKID II zur Diagnose von Achse-II Störungen wurde nur bei den Männern der Stichprobe durchgeführt.

**Tab. 22: Lebenszeit Prävalenz von Achse-II Störungen für Männer mit Bulimia Nervosa**

	Männer N=51			Männer N=51	
	N	%		N	%
Selbstunsichere PS	3	4,7	Histrionische PS	3	4,7
Dependente PS	2	3,1	Narzißtische PS	3	4,7
Zwanghafte PS	3	4,7	Borderline PS	7	10,9
Negativistische PS	3	4,7	Antisoziale PS	6	9,4
Depressive PS	4	6,3	Gesamt Cluster A	5	7,8
Paranoide PS	4	6,3	Gesamt Cluster B	13	20,3
Schizotypische PS	2	3,1	Gesamt Cluster C	7	10,9
Schizoide PS	0	0,0	Gesamt PS	19	29,7

PS = Persönlichkeitsstörung

Die am häufigsten vorkommenden Persönlichkeitsstörungen bei den Männern mit einer BN waren die Borderline PS und die Antisoziale PS. Außer der Schizoiden PS kamen alle PS in der Stichprobe vor. Bei knapp einem Drittel der Männer wurde schon einmal eine PS diagnostiziert.

### 4.3 Binge Eating Disorder

Die Stichprobe BED ist folgendermaßen verteilt:

**Tab. 23: Zusammensetzung der Stichprobe BED**

	Fallzahl gesamt	Männer N	Männer %	Frauen N	Frauen %
<b>Gesamtstichprobe Binge Eating Disorder</b>	96	29	30,2	67	69,8

#### 4.3.1 Stichprobenbeschreibung

Tabelle 24 zeigt das Alter bei Erstmessung, das Alter bei Beginn der Essstörung, Dauer der Essstörung, sowie Länge der Katamneseintervalle für die Männer und Frauen mit einer BED.

**Tab. 24: Altersdaten und Dauer der Essstörung der Männer und Frauen mit Binge Eating Disorder**

	Männer N	M	SA	Frauen N	M	SA	FG	t-Test p-Wert
Alter bei Erstmessung in Jahren	29	37,9	10,2	68	29,3	8,4	95	0,000
Alter bei Beginn der ES in Jahren	29	19,4	13,2	68	17,0	9,3	95	ns
Dauer der ES in Jahren	29	18,5	10,6	68	12,3	8,0	95	0,002
Katamneseintervall 1 in Jahren	24	2,7	1,4	64	3,3	1,4	86	0,019
Katamneseintervall 2 in Jahren	4	5,7	0,5	67	6,6	0,9	69	0,038
Katamneseintervall 3 in Jahren	1	13,2		62	12,6	0,8	61	entfällt

ES = Essstörung; FG = Freiheitsgrade; ns = nicht signifikant; M = Mittelwert; SA = Standardabweichung

Die Männer mit einer BED waren signifikant älter bei der Erstmessung und die Dauer der Essstörung war signifikant länger als bei den Frauen mit einer BED. Die Länge der Katamneseintervalle 1 und 2 unterschieden sich signifikant bei Männern und Frauen.

### 4.3.2 Soziodemographische Daten

Tabelle 25 gibt eine Übersicht über die Daten zum Schulabschluss, zur beruflichen Stellung, zum Familienstand, zur aktueller Partnerschaft und zur Wohnsituation bei den BED Patienten.

**Tab.25: Soziodemographische Kennwerte der Männer und Frauen mit BED**

	Männer N=29	Männer %	Frauen N=67	Frauen %	Chi <sup>2</sup> - Test
<b>Höchster Schulabschluss</b>					
Kein Abschluss	0	0	2	3,0	FG=7
Qualifizierender Abschluss	10	34,5	28	41,8	ns
Real-/Fachschule ohne Abschluss	0	0	0	0	
Real-/Fachschule mit Abschluss	10	34,5	17	25,4	
Höhere Fachschule ohne Abschluss	0	0	2	3,0	
Abitur	2	6,9	4	6,0	
Höhere Fachschule mit Abschluss	4	13,8	6	9,0	
Hochschule ohne Abschluss	1	3,4	0	0	
Hochschule mit Abschluss	2	6,9	8	11,9	
<b>Berufliche Situation</b>					
Freiberuflich tätig	0	0	1	1,5	FG=9
Selbständig tätig	4	13,8	9	13,4	p=0,017
Beamte(r)/Angestellte(r) leitend	5	17,2	1	1,5	
Beamte(r)/Angestellte(r)	4	13,8	24	35,8	
Arbeiter/-in	1	3,4	5	7,5	
Hausmann/Hausfrau	0	0	7	10,4	
Student/-in	1	3,4	2	3,0	
Arbeitslos	7	24,1	6	9,0	
Arbeitsunfähig/berentet	6	20,7	8	11,9	
Derzeit nicht berufstätig	1	3,4	4	6,0	
<b>Familienstand</b>					
Ledig	17	58,6	19	28,4	FG=4
Verheiratet	7	24,1	33	49,3	ns
Getrennt lebend	2	6,9	7	10,4	
Geschieden	2	6,9	7	10,4	
Verwitwet	1	3,4	1	1,0	
<b>Partnerschaft</b>					
Ja	18	62,1	49	73,1	FG=1
Nein	11	37,9	18	26,9	ns
<b>Wohnsituation</b>					
Alleine	12	41,4	22	32,8	FG=5
Bei Eltern	1	3,4	8	11,9	ns
Mit Partner/verheiratet	7	24,1	26	38,8	
Mit Partner/unverheiratet	7	24,1	6	9,0	
Bei Schwiegereltern	0	0	0	0	
In Wohngemeinschaft	1	3,4	0	0	
Sonstiges	1	3,4	5	7,5	

Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen hatte die Mehrheit entweder einen Hauptschul- oder einen Realschulabschluss. Die Männer waren fast zur Hälfte arbeitslos oder arbeitsunfähig bzw. berentet, der Großteil der Frauen war als Beamtin oder Angestellte tätig. Die Männer waren zu einem hohen Prozentsatz ledig, die Hälfte der Frauen war verheiratet. Beide Geschlechter lebten mehrheitlich in einer Partnerschaft. Beide Gruppen wohnten meist alleine oder zusammen mit Partner.

#### **4.3.3 Diagnosenverlauf der Binge Eating Disorder**

Tabelle 26 stellt den Verlauf und die Häufigkeit verschiedener Diagnosen im Zeitverlauf bei Patienten mit der Aufnahmediagnose BED dar.

Beide Geschlechter zeigten nach zwei Jahren bereits einen deutlichen Rückgang der Aufnahmediagnose BED. Nur wenige Männer wechselten die Diagnosengruppe, bei den Frauen gab es deutlich mehr Wechsel, auch in den Bereich AN und BN. Bei den Frauen gab es einen Todesfall zwischen 2 Jahres- und 6 Jahreskatamnese und einen Todesfall zwischen 6 Jahres- und 12 Jahreskatamnese. Bei den Männern gab es keine Todesfälle.

Die BED besitzt sowohl bei Männern als auch bei Frauen schon mittelfristig einen guten Verlauf, so dass bis zu 80% der Probanden komplett gesundeten. Bei den Frauen war im Langzeitverlauf jedoch wieder eine leichte Progredienz der Erkrankung zu beobachten.

#### **4.3.4 SIAB, Body Mass Index und Psychiatric Status Rating Scale**

Tabelle 27 gibt eine Übersicht über die ausgewählten SIAB-EX Items, den BMI mit entsprechender BMI Perzentile und die Ergebnisse der PSR-Skala.

Die Männer mit der Diagnose BED zeigten bei beiden Items des SIAB stets nur niedrige Ausprägungen. Die Frauen hatten beim Item Körperschemastörung nach zwei Jahren eine signifikant höhere Ausprägung als die Männer.

Der BMI der Männer mit einer BED lag bei der Erstmessung und nach zwei Jahren im Bereich einer hochgradigen Adipositas und stieg noch weiter an bis zum Zeitpunkt der 6 Jahreskatamnese. Erst im Langzeitverlauf zeigte sich ein deutlicher Rückgang des BMI, der aber immer noch im adipösen Bereich lag. Bei den Frauen war der BMI bei Erstmessung und zum Zeitpunkt der 2 Jahreskatamnese signifikant niedriger als der der Männer, blieb aber auch stabil im adipösen Bereich im Verlauf der Jahre.

Der Summenwert der PSR-Skala sank bei Männern und Frauen kontinuierlich ab im Lauf der Jahre, wobei die Werte der Frauen zu jedem Messpunkt stets höher lagen als die der Männer.

#### **4.3.5 Eating Disorder Inventory**

Tabelle 28 gibt eine Übersicht über die Skalenwerte des EDI für die Männer und Frauen mit einer BED.

Die Männer mit einer BED zeigten mittelfristig einen Wiederanstieg beim Summenwert des EDI. Bei den Frauen sank der Summenwert stetig ab im Verlauf der Jahre, war aber zu jedem Messpunkt höher als derjenige der Männer. Die Frauen zeigten bei den Skalen Schlankheitsstreben und Bulimie zum Zeitpunkt der 2 Jahreskatamnese signifikant höhere Werte als die Männer. Sowohl die Männer als auch die Frauen erreichten den höchsten Wert bezüglich der Skala Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper.

#### **4.3.6 Symptom Checklist**

Tabelle 29 gibt eine Übersicht über die einzelnen Skalen der SCL für die Männer und Frauen mit Diagnose BED.

Für die Männer sind auf Grund der niedrigen Stichprobengröße keine signifikanten Daten über den langfristigen Verlauf zu eruieren.

Die Männer mit einer BED hatten zum Zeitpunkt der Erstmessung und der 2 Jahreskatamnese in einigen Skalen und bei einem Teil der Summenwerte signifikant niedrigere Werte als die Frauen. Bei den Frauen sanken alle drei Summenwerte im Verlauf der Jahre.

**Tab. 26: Diagnostischer Verlauf der Männer und Frauen mit Aufnahmediagnose Binge Eating Disorder**

	Erstmessung		2 Jahres-Katamnese		6 Jahres-Katamnese		12 Jahres-Katamnese	
	Männer N=29	Frauen N=68	Männer N=24	Frauen N=63	Männer N=4	Frauen N=67	Männer N=1	Frauen N=62
<b>BED Stichprobe</b>								
restriktive AN	0	0	0	0	0	0	0	0
binge/purge AN	0	0	0	1 ( 1,6 %)	0	0	0	0
purging BN	0	0	0	8 (12,7 %)	0	5 ( 7,5 %)	0	6 ( 9,7 %)
non- purging BN	0	0	1 ( 4,2 %)	0	0	0	0	0
BED	29 (100 %)	68 (100 %)	5 (20,8 %)	2 ( 3,2 %)	1 (25,0 %)	4 ( 6,0 %)	0	5 ( 8,1 %)
ED-NNB	0	0	6 (25,0 %)	10 (15,9 %)	0	5 ( 7,5 %)	0	8 (12,9 %)
keine ED	0	0	12 (50,0 %)	42 (66,7 %)	3 (75,0 %)	53 (79,1 %)	1 (100 %)	43 (69,4 %)
verstorben	0	0	0	0	0	1	0	1

AN = Anorexia nervosa; BN = Bulimia nervosa; BED = Binge Eating Disorder; ED-NNB = nicht näher bezeichnete Essstörung; ED = Essstörung

**Tab. 27: Ausgewählte SIAB-EX Items, BMI mit zugehöriger BMI Perzentile und PSR der Männer und Frauen mit BED**

		Erstmessung			2 Jahres-Katamnese			6 Jahres-Katamnese			12 Jahres-Katamnese		
		Männer	Frauen	t-Test	Männer	Frauen	t-Test	Männer	Frauen	t-Test	Männer	Frauen	t-Test
<u>Körperschemastörung</u>	N	----	----	----	24	61	FG=83 p=0,000	4	62	FG=64 ns	1	59	FG=58 ns
	M	----	----		0,0	1,1		0,0	0,8		0,0	0,3	
	SA	----	----		0,0	1,4		0,0	0,8			0,7	
<u>Exzessive körperl. Bewegung</u>	N	----	----	----	24	61	FG=83 ns	4	63	FG=65 ns	1	59	FG=58 ns
	M	----	----		0,7	0,7		0,5	0,2		0,0	0,8	
	SA	----	----		0,8	0,8		0,6	0,6			1,0	
<u>BMI</u>	N	29	68	FG=95 p=0,000	24	61	FG=83 p=0,000	4	65	FG=67 ns	1	61	FG=60 ns
	M	42,3	33,8		41,2	31,6		42,9	33,0		31,9	32,0	
	SA	9,6	9,2		11,2	9,7		3,6	10,2			9,2	
<u>BMI Perzentile</u>	N	29	68	FG=95 ns	24	61	FG=83 p=0,013	4	65	FG=67 ns	1	61	FG=60 ns
	M	96,3	89,3		95,3	80,6		99,5	80,8		95,0	76,7	
	SA	10,0	20,8		7,9	27,8		0,6	28,3			30,5	
<u>PSR</u>	N	----	----	----	24	2	FG=24 ns	4	66	FG=68 ns	1	62	FG=61 ns
	M	----	----		3,4	4,0		3,3	2,9		1,0	2,8	
	SA	----	----		1,2	1,4		1,3	1,4			1,5	

BMI = Body Mass Index; PSR = Psychiatric Status Rating Scale; M = Mittelwert; SA = Standardabweichung; FG = Freiheitsgrade;

**Tab. 28: Skalenwerte des Eating Disorder Inventory für Männer und Frauen mit BED**

		Erstmessung			2 Jahres-Katamnese			6 Jahres-Katamnese			12 Jahres-Katamnese		
		Männer	Frauen	t-Test	Männer	Frauen	t-Test	Männer	Frauen	t-Test	Männer	Frauen	t-Test
<u>EDI Summenwert</u>	N	5	68	FG=71	18	60	FG=76	3	54	FG=55	1	49	FG=48
	M	66,9	84,0	ns	44,6	59,5	ns	53,4	53,6	ns	9,1	49,1	ns
	SA	25,2	25,0		16,6	34,5		16,1	36,8		----	29,4	
Schlankheitsstreben	N	5	68	FG=71	19	60	FG=77	3	54	FG=55	1	50	FG=49
	M	8,8	11,1	ns	3,9	7,1	p=0,035	6,3	5,7	ns	1,0	5,3	ns
	SA	4,6	4,7		3,7	6,2		8,4	5,7		----	5,7	
Bulimie	N	5	68	FG=71	18	61	FG=77	3	54	FG=55	1	48	FG=47
	M	7,4	9,4	ns	1,4	5,2	p=0,007	4,3	4,6	ns	0,0	3,3	ns
	SA	4,7	4,6		2,3	5,7		6,7	6,0		----	4,7	
Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper	N	5	68	FG=71	18	60	FG=76	3	54	FG=55	1	49	FG=48
	M	18,8	22,8	ns	16,4	17,5	ns	12,3	17,3	ns	3,0	17,1	ns
	SA	6,6	5,3		6,3	9,1		3,2	9,9		----	8,9	
Ineffektivität	N	5	68	FG=71	18	60	FG=76	3	54	FG=55	1	50	FG=49
	M	8,8	11,1	ns	5,7	8,9	ns	10,3	8,0	ns	0,0	7,0	ns
	SA	7,3	7,4		4,1	8,1		0,6	8,8		----	6,8	
Perfektionismus	N	5	68	FG=71	19	61	FG=78	3	53	FG=54	1	51	FG=50
	M	3,2	5,4	ns	3,2	5,0	ns	5,0	4,4	ns	2,0	4,0	ns
	SA	2,2	4,1		3,2	4,1		1,7	3,8		----	3,8	
Misstrauen	N	5	68	FG=71	19	60	FG=77	3	54	FG=55	1	49	FG=48
	M	7,0	7,1	ns	5,6	4,7	ns	6,0	4,4	ns	1,0	4,1	ns
	SA	4,5	4,5		4,1	4,5		5,0	4,5		----	3,4	



**Fortsetzung Tab. 28: Skalenwerte des Eating Disorder Inventory für Männer und Frauen mit BED**

		Erstmessung			2 Jahres-Katamnese			6 Jahres-Katamnese			12 Jahres-Katamnese		
		Männer	Frauen	t-Test	Männer	Frauen	t-Test	Männer	Frauen	t-Test	Männer	Frauen	t-Test
Interozeptive Wahrnehmung	N	5	68	FG=71 ns	18	60	FG=76 ns	3	54	FG=55 ns	1	51	FG=50 ns
	M	8,2	10,0		3,9	5,9		6,0	6,3		0,0	4,1	
	SA	7,4	5,7		3,5	5,5		6,9	5,3		----	5,3	
Angst vor dem Erwachsenwerden	N	5	68	FG=71 ns	18	60	FG=76 ns	3	54	FG=55 ns	1	48	FG=47 ns
	M	4,8	7,1		4,0	5,1		3,0	4,3		2,0	4,0	
	SA	3,3	5,0		2,1	3,9		2,6	4,8		----	3,2	

BED = Binge Eating Disorder; EDI = Eating Disorder Inventory; M = Mittelwert; SA = Standardabweichung; FG = Freiheitsgrade

**Tab. 29: Mittelwerte der Symptom Checklist für Männer und Frauen mit Binge Eating Disorder im Verlauf der Jahre**

		Erstmessung			2 Jahres-Katamnese			6 Jahres-Katamnese			12 Jahres-Katamnese		
		Männer	Frauen	t-Test	Männer	Frauen	t-Test	Männer	Frauen	t-Test	Männer	Frauen	t-Test
GSI General Symptomatic Index	N	19	65	FG=82	19	60	FG=77	3	54	FG=55	1	52	FG=51
	M	0,9	1,4	p=0,022	0,6	1,1	p=0,014	1,4	1,0	ns	0,2	0,9	ns
	SA	0,5	0,7		0,5	0,8		0,4	0,9			0,8	
PST Positive Symptom Total	N	19	65	FG=82	19	60	FG=77	3	54	FG=55	1	52	FG=51
	M	47,0	56,9	ns	34,8	49,8	p=0,013	72,0	45,6	ns	17,0	44,0	ns
	SA	18,5	19,8		16,8	23,9		13,7	25,3		----	24,9	
PSDI Positive Symptom Distress Index	N	19	65	FG=82	18	60	FG=76	3	54	FG=55	1	52	FG=51
	M	1,7	2,0	p=0,041	1,5	1,8	ns	1,8	1,7	ns	1,0	1,7	ns
	SA	0,4	0,6		0,4	0,7		0,2	0,7		----	0,1	
Somatisierung	N	19	65	FG=82	19	60	FG=77	3	54	FG=55	1	52	FG=51
	M	0,9	1,1	ns	0,7	1,0	ns	1,8	1,0	ns	0,4	1,0	ns
	SA	0,7	0,8		0,8	0,8		0,6	0,9		----	0,9	
Zwanghaftigkeit	N	19	65	FG=82	18	60	FG=76	3	54	FG=55	1	52	FG=51
	M	1,2	1,4	ns	0,6	1,2	p=0,012	1,4	1,0	ns	0,7	1,0	ns
	SA	0,6	0,8		0,5	0,8		0,1	0,9		----	0,8	
Unsicherheit im Sozialkontakt	N	19	65	FG=82	18	60	FG=76	3	54	FG=55	1	52	FG=51
	M	1,0	2,0	p=0,000	0,8	1,6	p=0,006	1,9	1,4	ns	0,1	1,2	ns
	SA	0,7	0,9		0,5	1,1		0,5	1,1		----	1,0	
Depressivität	N	19	65	FG=82	19	60	FG=77	3	54	FG=55	1	52	FG=51
	M	1,4	1,7	ns	0,9	1,4	p=0,033	1,8	1,3	ns	0,1	1,2	ns
	SA	0,7	0,9		0,6	1,0		0,4	1,1		----	1,1	

**Fortsetzung Tab. 29: Mittelwerte der Symptom Checklist für Männer und Frauen mit Binge Eating Disorder im Verlauf der Jahre**

		Erstmessung			2 Jahres-Katamnese			6 Jahres-Katamnese			12 Jahres-Katamnese		
		Männer	Frauen	t-Test	Männer	Frauen	t-Test	Männer	Frauen	t-Test	Männer	Frauen	t-Test
Ängstlichkeit	N	19	65	FG=82	19	60	FG=77	3	54	FG=55	1	52	FG=51
	M	0,9	1,3	ns	0,5	1,1	p=0,010	1,1	1,0	ns	0,0	0,9	ns
	SA	0,7	0,9		0,6	0,9		0,4	1,1		----	0,9	
Aggressivität und Feindseligkeit	N	19	65	FG=82	19	61	FG=78	3	54	FG=55	1	52	FG=51
	M	0,8	1,2	ns	0,4	1,0	p=0,021	1,2	0,9	ns	0,0	0,8	ns
	SA	0,6	1,0		0,5	0,9		1,1	0,9		----	0,8	
Phobische Angst	N	19	65	FG=82	19	61	FG=78	3	54	FG=55	1	52	FG=51
	M	0,4	0,9	p=0,008	0,4	0,8	ns	1,0	0,7	ns	0,0	0,6	ns
	SA	0,7	0,8		0,6	0,9		0,7	0,8		----	0,7	
Paranoides Denken	N	19	65	FG=82	19	60	FG=77	3	54	FG=55	1	52	FG=51
	M	0,7	1,4	p=0,001	0,7	1,2	p=0,046	1,3	1,1	ns	0,2	0,9	ns
	SA	0,6	0,8		0,7	0,9		0,5	0,9		----	0,9	
Psychotizismus	N	19	65	FG=82	18	60	FG=76	3	54	FG=55	1	52	FG=51
	M	0,6	1,1	p=0,007	0,3	0,8	p=0,010	1,2	0,7	ns	0,0	0,6	ns
	SA	0,4	0,7		0,3	0,7		0,6	0,8		----	0,8	

M = Mittelwert; SA = Standardabweichung; FG = Freiheitsgrade; ns = nicht signifikant

### 4.3.7 Psychiatrische Komorbidität

Tabelle 30 zeigt eine Übersicht über die Lebenszeit Prävalenz von den im DSM IV definierten Achse-I Störungen für die Männer und Frauen mit der Diagnose BED.

**Tab. 30: Lebenszeit Prävalenz von Achse-I Störungen für die Männer und Frauen mit Binge Eating Disorder**

	Männer N=29		Frauen N=59		FG	Chi <sup>2</sup> -Test
	N	%	N	%		
<b>Affektive Störung</b>	15	51,7	40	72,7	1	ns
<b>Angststörung</b>	7	24,1	22	37,3	1	ns
<b>Substanzinduzierte Störung</b>	8	27,6	11	18,6	1	ns

ns = nicht signifikant; FG = Freiheitsgrade; \* =  $p < 0,05$

Die Affektive Störung kam bei beiden Geschlechtern am häufigsten vor. Bei den Männern hatten knapp über die Hälfte eine Affektive Störung, bei den Frauen sogar fast drei Viertel der Stichprobe. Bei den Männern hatte ungefähr ein Viertel der Betroffenen eine Angst- oder eine Substanzinduzierte Störung. Im Vergleich zu den Männern war bei den Frauen mit einer BED eher selten eine Substanzinduzierte Störung zu beobachten.

Der SKID II zur Diagnose von Achse-II Störungen wurde nur bei den Männern der Stichprobe durchgeführt.

**Tab.31: Lebenszeit Prävalenz von Achse-II Störungen für die Männer der Stichprobe BED**

	Männer N=29			Männer N=29	
	N	%		N	%
Selbstunsichere PS	2	6,9	Histrionische PS	0	0
Dependente PS	0	0	Narzißtische PS	1	3,4
Zwanghafte PS	0	0	Borderline PS	5	17,2
Negativistische PS	0	0	Antisoziale PS	3	10,3
Depressive PS	0	0	Gesamt Cluster A	2	6,9
Paranoide PS	0	0	Gesamt Cluster B	6	20,7
Schizotypische PS	0	0	Gesamt Cluster C	2	6,9
Schizoide PS	2	6,9	Gesamt PS	8	27,6

BED = Binge Eating Disorder; PS = Persönlichkeitsstörung

Bei den Männern mit einer BED kamen nur fünf der zwölf möglichen PS in der Auswertung vor, am häufigsten war die Borderline PS. Bei knapp einem Drittel der Männer wurde die Diagnose einer PS gestellt.

## 5 DISKUSSION

Die vorliegende Studie berichtet über den kurz- und langfristigen Verlauf von Essstörungen in einer großen Stichprobe von Männern. Es kamen überwiegend standardisierte und publizierte Erfassungsverfahren mit bekannten Testgütekriterien zur Anwendung. Das verwendete Design erlaubte Aussagen zu mehreren Zeitpunkten und es lagen Vergleichsdaten von essgestörten Frauen vor. Die Studie besitzt in den folgenden Punkten eine eingeschränkte Aussagekraft::

- | Durchführung der Interviews: Da der Großteil der Interviews telefonisch erhoben wurde, ist es möglich, dass im Vergleich zum persönlichen Interview einige Informationen verloren gehen. Allerdings ist davon auszugehen, dass dies bezüglich der erhobenen Daten nicht relevant ist und dass die Ergebnisse dadurch nicht verfälscht werden.
- | Datenerhebung: Ein Teil der Daten konnte nur retrospektiv erhoben werden. So kann es durchaus sein, auch durch die langen Katamneseintervalle, dass ein Teil der Patienten sich nur noch teilweise oder gar nicht an Ereignisse erinnern konnte. Es ist also denkbar, dass die Angaben der Patienten durch Erinnerungslücken oder eine Verzerrung der Erinnerungen beeinflusst wurden. Da es sich jedoch um eine klinische Stichprobe handelt und eine klinische Bedeutsamkeit zum Zeitpunkt der Erstmessung vorausgesetzt werden kann, ist eine wesentliche Verzerrung der Erinnerung auch bei den langen Katamneseintervallen unwahrscheinlich. Mehrere Studien zu dem Thema zeigten, dass die Abweichungen unsystematisch sind (Friedmann, 1993; Larsen et al. 1996). Außerdem ist zu beachten, dass der Effekt nicht nur bei der Männerstichprobe vorkommt, sondern auch bei der Frauenstichprobe.
- | Die Ergebnisse dieser Studie lassen sich nicht auf alle Männer mit Essstörungen verallgemeinern. In der vorliegenden Studie wurden hauptsächlich Männer befragt, die sich schon in stationärer Behandlung befunden hatten, da es nur schwer möglich ist noch nicht stationär behandelte, essgestörte Männer ausfindig zu machen. Bei den befragten Männern lag demnach ein ausgeprägter Grad der Essstörung vor und sie erhielten jeweils eine stationäre, intensive Therapie.

## **5.1 Ergebnisse zur Anorexia Nervosa**

### **5.1.1 Alter bei Beginn und Dauer der Essstörung**

Das durchschnittliche Alter der männlichen Betroffenen war zu Beginn der Essstörung deutlich höher im Vergleich zu den Frauen. Zwischen den beiden Untertypen der Anorexie gab es keine relevanten Unterschiede. Die Studie stimmt hier mit den Ergebnissen früher durchgeführter Untersuchungen (Sharp et al. 1994; Braun et al. 1999; Striegel-Moore et al. 1999) überein. Mögliche Ursachen hierfür wurden bereits im Theorieteil erörtert und sind teils biologisch, teils psychologisch begründbar. In beiden Untergruppen lag das durchschnittliche Alter bei Erstdiagnose im gleichen Bereich wie in anderen Studien (Bulik et al., 2005; Hoek & van Hoeken 2003).

Die Dauer der Essstörung war bei der restriktiven AN kürzer als bei der binge/purge AN. Dies könnte darauf hindeuten, dass der Verlauf der binge/purge AN schwerer ist und eher chronifiziert als derjenige der restriktiven AN. Diese Thematik wird im Diskussionsabschnitt Verlauf noch weiter erörtert.

### **5.1.2 Soziodemographische Daten**

Hinsichtlich des Schulabschlusses und der beruflichen Situation waren keine auffälligen Unterschiede zwischen den beiden anorektischen Gruppen und den beiden Geschlechtern festzustellen. Zum gleichen Ergebnis kamen auch andere Studien (Sharp, 1994; Deter et al. 1998). Es wird ein gehäuftes Auftreten von Krankheitsfällen in der oberen Mittelschicht bzw. in der Oberschicht diskutiert, was in der vorliegenden Studie nicht zu beobachten war (Sharp, 1994; Franke, 2004). Ein signifikantes Ergebnis in beiden Gruppen war jedoch, dass die Frauen viel häufiger in einer partnerschaftlichen Beziehung standen oder verheiratet waren als die Männer. Carlat stellte in seiner Studie von 1997 ebenfalls eine hohe Singlequote bei den untersuchten Männern fest. Dies könnte also ein Unterscheidungsmerkmal im Krankheitsverlauf zwischen den beiden Geschlechtern sein. Eine mögliche Begründung hierfür könnte sein, dass die Essstörung bei Männern mit einem stärkeren Rückzug verbunden ist bzw. mit größerer sozialer Isolation einhergeht. Ausserdem ist davon auszugehen, dass die Erkrankung bei Männern zu einem mangelnden Selbstbewusstsein führt, was die Kontaktaufnahme zu einem potentiellen Beziehungspartner deutlich erschwert.

### 5.1.3 Verlauf der Essstörung

Über die Mortalität der Anorexia Nervosa existieren in der Fachliteratur unterschiedliche Angaben. Die angegebenen Werte liegen zwischen 0,71 % – 17,8 % (Birmingham et al., 2005). Die in dieser Studie ermittelten Mortalitätsraten lagen mit 6 % für die restriktive AN und 6,8 % für die binge/purge AN im mittleren Bereich der in anderen Studien beschriebenen Daten.

In dieser Untersuchung war auffällig, dass die restriktiv magersüchtigen Männer eine deutlich höhere Mortalität als die Frauen hatten. Dagegen waren bei den Probanden mit einer binge/purge AN die Frauen von einer höheren Mortalitätsrate betroffen. Die höchste Mortalitätsrate ergab sich für beide Diagnosengruppen im kurzfristigen Verlauf, schon vor dem Zeitpunkt der 2 Jahreskatamnese. Ein nochmaliger Anstieg der Mortalität im langfristigen Verlauf konnte nicht beobachtet werden.

Steinhausen (2002) analysierte in seinem Überblick über 119 Studien über die Anorexia Nervosa bezüglich des Verlaufs, dass eine völlige Gesundung bei 46,9 % der Patienten statt fand, bei 33,5 % sich eine Besserung und bei 20,8 % ein chronischer Verlauf zeigte. Die vorliegende Studie kommt für die restriktiven Magersüchtigen zu einem prognostisch günstigeren Ausgang. Die restriktiv magersüchtigen Männern und Frauen hatten bereits nach 2 Jahren schon knapp zu 60 % keine signifikante Essstörung mehr. Diese Befunde gingen auch mit einem höheren BMI und einem besseren Abschneiden beim EDI und der SCL einher. Im weiteren Verlauf der Jahre zeichnete sich eine weitere Verbesserung der Daten ab.

Insgesamt gesehen hatten die Probanden mit einer binge/purge AN in der vorliegenden Studie einen ungünstigeren Verlauf als die restriktiv Magersüchtigen, dies zeigte sich an mehreren Punkten. Der Erkrankungsverlauf der restriktiven AN zeigte einen deutlich höheren Anteil an völlig gesunden Patienten. Auch die Messung des BMI ergab, dass die Patienten mit einer binge/purge AN im Verlauf der Jahre stets unter den BMI-Werten derjenigen lagen, die an einer restriktiven AN litten. Daraus lässt sich folgern, dass ein niedriger BMI zu Krankheitsbeginn einen ungünstigeren Krankheitsverlauf begünstigt. Auch andere Studien sehen ein niedriges Gewicht als ungünstigen prognostischen Faktor (Hsu, 1988).

Für diese Schlussfolgerung sprechen auch die Befunde zu Essstörungssymptomen (EDI, PSR) und allgemeiner Psychopathologie (SCL). Hinsichtlich der Schwere der Essstörung und der begleitenden allgemeinen Psychopathologie schnitten die Betroffenen mit einer binge/purge

AN schlechter ab als diejenigen mit der Diagnose einer restriktiven AN. Zipfel & Herzog (2000) kamen in ihrer Studie zum Langzeitverlauf der AN zu einem ähnlichen Ergebnis. Nach 21,3 Jahren bestand hier noch bei 10,4% der Probanden das Vollbild einer AN, wobei der Untertyp der binge/purge AN deutlich am häufigsten vertreten war. In der vorliegenden Studie zeigte die restriktive AN zwar eine höhere Mortalität, jedoch wurde im Übrigen die These von Zipfel & Herzog mit einem deutlich leichteren Krankheitsverlauf für die restriktive AN unterstützt und bestätigt. Zum gleichen Ergebnis kamen auch weitere Studien (Löwe et al., 2001; Oliosi & Dalle Grave, 2003). Eddy et al. (2002) fanden in ihrer Studie eine deutlich erhöhte Rückfallwahrscheinlichkeit für Betroffene mit einer binge/purge AN im Vergleich zur restriktiven AN. Bulimisches Verhalten, wie es bei der binge/purge AN vorkommt und nicht bei der restriktiven AN, gilt als ein ungünstiger Prognosefaktor für den Krankheitsverlauf (Steinhausen, 2002). Es gibt jedoch auch Studien, die zu dem gegenteiligen Ergebnis mit einem besseren Verlauf für die binge/purge AN im Vergleich zur restriktiven AN kommen (Herzog, 1996). Es bleibt festzuhalten, dass in der Fachliteratur noch keine Einigkeit über eventuelle Unterschiede im Schweregrad der Erkrankung der beiden anorektischen Untergruppen besteht. Alle Studien sind jedoch dadurch eingeschränkt, dass deutlich weniger Patienten mit der Diagnose einer restriktiven AN existieren. Trotzdem scheint es für die beiden Untertypen der AN Unterschiede im Verlauf hinsichtlich des Schweregrades der Erkrankung zu geben.

Die Annahme von Oyeboode et al. (1988), dass die anorektischen Männer eine schlechtere Prognose im längerfristigen Verlauf zeigen konnte in der vorliegenden Arbeit nicht bestätigt werden. Verschiedene Autoren sehen eher einen relativ ähnlichen Langzeitverlauf bei beiden Geschlechtern (Burns&Crisp, 1985; Crisp et al., 1986; Woodside et al., 2001). In der vorliegenden Studie zeigten eher die Männer in mehreren der untersuchten Punkte einen besseren Langzeitverlauf. Signifikant war der Unterschied z.B. beim BMI, bei dem die Männer im Langzeitverlauf deutlich höhere Werte erzielen konnten im Vergleich zu den Frauen. Durch andere Studien wird ebenfalls belegt, dass es für Frauen schwieriger ist im Verlauf der Essstörung wieder höhere BMI Werte zu erlangen (Bulik et al., 2005). Das Kriterium Einstellung zum eigenen Körper ergab ebenfalls einen signifikanten Unterschied zwischen beiden Geschlechtern, ablesbar in der EDI Skala „Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper“, bei der die Männer einen deutlich besseren Wert erzielten. In der Experteneinschätzung der PSR konnte ebenfalls, jedoch nur im Langzeitverlauf, ein signifikant besseres Abschneiden der männlichen Betroffenen beobachtet werden.



Zum direkten Vergleich zwischen Männern und Frauen gibt es nur wenige Studien, ein schlechteres Abschneiden im Langzeitverlauf hinsichtlich der PSR-Skala ist bei weiblichen Betroffenen jedoch auch aus anderen Studien bekannt (Löwe et al., 2003).

Was die Aussage betrifft, dass Frauen deutlich mehr Wert auf den Gewichtsverlust im Rahmen der Essstörung zu legen scheinen als Männer (Woodside&Kaplan, 1994; Edwin&Andersen, 1990), konnte diese bestätigt werden. Die vorliegende Arbeit zeigte signifikant niedrigere Werte der Männer beim SIAB Item „Körperschemastörung“ und bei der EDI Skala „Schlankheitsstreben“. Doch auch hinsichtlich dieser Thematik ist sich die Fachliteratur nicht einig (Deter et al., 1998).

Ein weiterer Geschlechtsunterschied liegt in den unterschiedlichen gegensteuernden Maßnahmen, die die Betroffenen ergreifen. In mehreren Studien fand sich bei Männern deutlich häufiger ein vermehrter Bewegungsdrang bzw. erhöhte sportliche Aktivität als gewichtsreduzierende Maßnahme (Oyebode et al., 1988; Sharp et al., 1994). Diese Aussage bestätigte sich in der vorliegenden Studie mit einem signifikant höheren Wert der Männer beim SIAB Item „Exzessive körperliche Betätigung“. Dieser trat aber nicht wie in anderen Studien in der akuten, therapiebedürftigen Phase auf (Fichter & Daser, 1987; Oyebode et al., 1988) sondern eher im mittelfristigen Verlauf. Diese vermehrte körperliche Betätigung ist sicherlich auch damit zu erklären, dass die männlichen Patienten eher nach einem mesomorphen Körperbau streben (Pope, Phillips&Olivardia, 2000). Frauen zeigen eher andere gegensteuernde Maßnahmen wie bulimisches Verhalten oder Laxantien-/Appetitzüglergebrauch (Sharp et al., 1994; Braun et al., 1999). Bei diesem Vergleich ergaben sich in der vorliegenden Studie jedoch keine signifikanten Unterschiede. Insgesamt stützt die vorliegende Studie die Annahme, dass sich der Verlauf in der akuten Phase der Erkrankung bei beiden Geschlechtern sehr stark ähnelt, und dass die Geschlechtsunterschiede eher vor Krankheitsbeginn und im langfristigen Verlauf bestehen (Andersen, 1997).

Ein auffälliges Ergebnis bei der Auswertung der Daten zum diagnostischen Verlauf der Essstörung war, dass in beiden diagnostischen Untergruppen die Frauen deutlich häufiger als die Männer in eine andere Diagnosengruppe wechselten. Es existieren in der Literatur jedoch kaum Daten zum Geschlechtervergleich bezüglich dieses Themas. Herzog et al. (1988) gab in einer Übersichtsarbeit Prozentwerte zwischen 10 % und 64 % für einen Wechsel von anorektischen Frauen in den bulimischen Bereich an. Die entsprechenden Daten der Frauen

aus dieser Studie lagen bis zum Zeitpunkt der 6 Jahreskatamnese zwischen 3 % und 14 %. Insgesamt ist ein Übergang von der Diagnose AN zur Diagnose BN deutlich häufiger als umgekehrt (Bulik et al., 1997), was auch diese Studie bestätigt.

#### **5.1.4 Psychiatrische Komorbidität**

Viele Studien berichten ein häufiges Auftreten von psychiatrischen Störungen bei essgestörten Patienten (Herzog et al. 1992; Haller, 1992; Steinhausen, 2002). Zum gleichen Ergebnis kommt auch die vorliegende Studie. Die am häufigsten vorkommende Störung bei den anorektischen Patienten war die Affektive Störung, gefolgt von Erkrankungen aus dem Bereich der Angststörungen. Dies wird auch durch andere Studien bestätigt (Berkman et al., 2007; Woodside et al., 2001; Striegel-Moore et al., 1999), wobei vereinzelt auch Angststörungen im Verlauf am häufigsten auftraten (Müller et al., 2000). Striegel-Moore (1999) und Woodside (2001) folgerten aus Ihren Arbeiten, dass anorektische Frauen signifikant häufiger an einer Affektiven Störung leiden als anorektische Männer. Diese Aussage konnte in dieser Arbeit nicht bestätigt werden, da die Männer mit einer binge/purge AN in diesem Bereich höhere Werte als die Frauen erzielten.

Substanzinduzierte Störungen kamen nur selten in den beiden Untergruppen vor und es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Geschlechtern. Die Häufigkeit für das Auftreten einer Substanzinduzierten Störung lag im gleichen Bereich wie in einer Studie von Striegel-Moore aus dem Jahr 1999. Im Gegensatz hierzu kamen Substanzinduzierte Störungen signifikant häufiger bei Patienten mit einer BN vor. Die These von Herzog (1992), dass Betroffene mit einer binge/purge AN im Vergleich zur restriktiven AN eine häufigere und ausgeprägtere psychiatrische Komorbidität vorweisen, konnte nicht bestätigt werden.

Bekannte Studien geben für das gleichzeitige Vorkommen einer Persönlichkeitsstörung (PS) mit einer Essstörung Prozentzahlen zwischen 27 % und 93 % an (Skodol et al. 1993; Vitousek & Manke, 1994). Der Anteil der Männer mit einer restriktiven oder binge/purge AN mit einer Persönlichkeitsstörung lag in dieser Studie eher im unteren Bereich dieser breiten Spanne. Am häufigsten kam in beiden anorektischen Untergruppen eine PS aus Cluster C (Selbstunsichere/Zwanghafte/Dependente PS) vor. Dies stimmt mit den Ergebnissen der Literatur überein, die bei Patienten mit der Diagnose einer AN am häufigsten Persönlichkeitsstörungen aus dem Bereich des zwanghaft-ängstlichen-vermeidenden Formenkreis feststellt.

## **5.2 Ergebnisse zur Bulimia nervosa**

### **5.2.1 Alter bei Beginn und Dauer der Essstörung**

Das Alter bei Beginn der Essstörung beider Geschlechter liegt im Bereich der in der Literatur angegebenen Altersdaten (Carlat et al., 1991). Die Männer waren jedoch signifikant älter als die Frauen zu Beginn der Essstörung und bei der Erstmessung. Dieses Ergebnis stimmt mit dem anderer Studien überein (Braun et al. 1999; Striegel-Moore et al. 1999). Auch die Dauer der Essstörung war bei den Männern signifikant länger im Vergleich zu den bulimischen Frauen. Dieses Ergebnis geht konform mit einer Studie von Carlat et al. aus dem Jahre 1997. Carlat vermutete, dass Männer aus Schamgefühl an einer typischen Frauenkrankheit zu leiden, länger ihre Krankheit geheim halten und sich deshalb auch erst später in Behandlung begeben.

Das Alter zu Beginn der Essstörung lag bei BN und AN ungefähr im gleichen Bereich. Das Alter bei Erstmessung war bei den bulimischen Patienten jedoch deutlich höher. Zum gleichen Ergebnis kam Carlat in seiner Studie von 1997. Er folgerte, dass die anorektischen Patienten sich zu einem früheren Zeitpunkt in Behandlung begeben, weil sie durch ihre äussere Erscheinung eher für Aussenstehende als krank zu erkennen sind als bulimische Patienten.

### **5.2.2 Soziodemographische Daten**

Hinsichtlich Schulabschluss, Beruf, Wohnsituation und Partnerschaft gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen bulimischen Männern und Frauen. Im Gegensatz zu den anorektischen Männern lebten die bulimischen Männer zu einem großen Teil in einer Partnerschaft. Die Ergebnisse anderer Studien, dass bulimische Männer eher alleine oder unverheiratet leben (Schneider & Agras, 1987; Carlat & Camargo, 1991) konnten nicht bestätigt werden. Auch die Beobachtung, dass essgestörte Frauen im Vergleich zu Männern eine bessere berufliche Stellung erreichen (Bramon-Bosch et al., 2000), kann an Hand der vorliegenden Daten nicht bestätigt werden.

### **5.2.3 Verlauf der Essstörung**

Bei den Männern mit BN gab es keinen Todesfall im Verlauf. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Rücklaufquoten der bulimischen Männer im Langzeitverlauf niedrig waren, was zu einer Verzerrung der Daten führen kann. Die Mortalitätsrate der bulimischen

Frauen war mit 1,9 % niedriger als diejenige der anorektischen Frauen und entsprach den bekannten Daten der Literatur (Keel & Mitchell, 1999; Steinhausen, 2002).

Über den Langzeitverlauf der BN ist bei Männern relativ wenig bekannt (Fichter & Quadflieg, 2004). In der vorliegenden Studie zeigten die bulimischen Männer vor allem im mittelfristigen Verlauf (Zeitpunkt der 6 Jahreskatamnese) einen schlechteren Verlauf als die Frauen. Bei den Männern stieg in diesem Zeitraum der BMI, erst danach sank er im Langzeitverlauf auf den niedrigsten gemessenen Wert. Den gleichen Verlauf nahmen die Werte der PSR-Skala. Diese Beobachtung bestätigten Fairburn et al. in einer Studie aus dem Jahr 2000. Bei den Frauen hingegen sanken BMI und die Werte der PSR-Skala kontinuierlich im Laufe der Jahre. Bemerkenswert war, dass beim letzten Katamneseintervall nach 12 Jahren ein relativ hoher Prozentsatz von Männern und Frauen keine Essstörung mehr aufwies (60% bzw. 73,1%). Diese Beobachtung stimmt mit anderen Langzeitergebnissen überein (Herzog et al., 1999) und lässt eine bessere Prognose für die BN im Vergleich zur AN annehmen.

Betrachtet man die ermittelten BMI-Perzentilen der bulimischen Patienten im Vergleich mit der Normalbevölkerung, hatten die Männer mit einer BN zu jedem Messpunkt deutlich erhöhte Werte. Die Frauen mit einer BN entsprachen über die Jahre dem Messbereich der Normalbevölkerung. Zum gleichen Ergebnis kamen bereits andere Studien (Schneider & Agras, 1987; Edwin & Anderson, 1990; Carlat et al., 1997). Dieses Ergebnis stützt die These, dass die bulimischen Frauen deutlich mehr Wert auf ihr Gewicht legen. Männer hingegen sind oft schon vor Beginn der Essstörung übergewichtig und ihr Wunschgewicht liegt deutlich über dem der weiblichen Betroffenen mit einer BN (Carlat et al., 1997; Herzog, 1984; Schneider & Agras, 1987). Ein weiterer Unterschied im Vergleich zwischen Männern und Frauen zeigte sich beim Item „Exzessiver körperlicher Bewegungsdrang“ aus dem SIAB-EX. Die Männer zeigten hier zu jedem Messpunkt signifikant höhere Werte. Als Äquivalent zum Diätverhalten und den bulimisch gegensteuernden Maßnahmen der Frauen könnte für die Männer also die exzessive körperliche Betätigung als Mittel zur Gewichtskontrolle dienen.

Die bulimischen Männer erreichten gegenüber den Frauen höhere Werte bei der EDI Skala „Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper“. Dieses Ergebnis bekräftigt die These, dass die bulimischen Männer nicht primär Gewicht verlieren wollen, sondern sich einen muskulösen, mesomorphen Körperbau wünschen (Andersen, 1997).

Eine weitere Auffälligkeit dieser Studie war, dass die bulimischen Frauen in mehreren Bereichen der erhobenen Daten zum Zeitpunkt der Erstmessung signifikant schlechtere Werte erreichten als die bulimischen Männer (z.B. EDI Summenwert). Eine mögliche Erklärung hierfür könnte sein, dass die Frauen zum Zeitpunkt der Erstmessung deutlich jünger waren als die Männer.

Ähnlich wie bei der AN wechselten auch bei der BN die Frauen im Verlauf deutlich häufiger die Diagnosengruppe. Auffällig war, dass die Männer deutlich öfter einen Wechsel in den Bereich der nicht näher bezeichneten Essstörungen zeigten als die Frauen. Zum gleichen Ergebnis kamen auch andere Studien (Carlat et al. 1997; Kinzl et al., 1997). Es lässt sich also vermuten, dass atypische Essstörungen bei Männern häufiger auftreten. Eine mögliche Erklärung dieses Ergebnisses wäre auch, den Wechsel in den Bereich der atypischen Essstörungen als Stufe auf dem Weg zur Remission anzusehen. Bei den Frauen konnte vereinzelt ein Überwechseln vom bulimischen in den anorektischen Bereich der Essstörungen beobachtet werden. Die in der Literatur angegebenen Zahlen für einen Wechsel der Diagnose von BN zur AN liegen zwischen 0% und 50% (Herzog et al., 1988; Keel & Mitchell, 1997). Die mittels dieser Studie erhobenen Daten lagen mit maximal 3,6% zum Zeitpunkt der 6 Jahreskatamnese im unteren Bereich dieser Skala. Betrachtet man die Ergebnisse dieser Studie und die aus der betreffenden Fachliteratur, kommt es insgesamt deutlich häufiger zu einem Diagnosenwechsel aus dem anorektischen in den bulimischen Bereich der Essstörungen als umgekehrt (Fairburn, 2003).

#### **5.2.4 Psychiatrische Komorbidität**

Es zeigten sich hohe Prozentzahlen für eine Affektive Störung bei den bulimischen Patienten, was mit anderen Forschungsergebnissen übereinstimmt. (Woodside et al. 2001; Carlat & Camargo, 1997). Daneben traten auch Angststörungen relativ häufig auf (bei ca. 1/3 der Patienten), was ebenfalls bekannt ist (Fairburn, 2003). Hinzuweisen ist auf ein deutlich erhöhtes Vorkommen einer substanzinduzierten Störung bei bulimischen Männern. Auch dieses Ergebnis stimmt mit den Ergebnissen der Literatur überein (Carlat & Camargo, 1997) und scheint ein Unterscheidungsmerkmal zwischen den beiden Geschlechtern zu sein. Es wird generell eine gehäufte psychiatrische Komorbidität bei Männern diskutiert. Eine mögliche Erklärung liegt darin, dass Essstörungen mit einer grösseren Wahrscheinlichkeit bei Männern diagnostiziert werden, wenn sie zuvor schon durch eine andere psychiatrische Erkrankung auffällig wurden (Bramon-Bosch et al., 2000).

Hinsichtlich der Persönlichkeitsstörungen zeigten die bulimischen Männer die höchsten Werte bei den Störungen aus Cluster B (Antisoziale/Borderline/Histrionische/Narzisstische PS), mit dem häufigsten Vorkommen der Borderline Persönlichkeitsstörung. Die gleiche Verteilung zeigte sich in der Studie von Carlat & Camargo (1997). Es besteht also ein Unterschied im Vergleich mit den anorektischen Patienten, die eher Störungen aus dem Cluster C vorzuweisen hatten.

## **5.3 Ergebnisse zur Binge Eating Disorder**

### **5.3.1 Alter bei Beginn und Dauer der Essstörung**

Das Alter bei Beginn der Essstörung entsprach bei beiden Geschlechtern dem der AN und BN. Das Alter bei Erstmessung war jedoch auffällig höher als bei den anderen Krankheitsbildern, auch die Dauer der Essstörung war deutlich länger. Zum gleichen Ergebnis kam Fairburn in seiner Studie aus dem Jahr 2003.

Zu Beginn der Essstörung und bei der Erstmessung waren bei der BED die Männer älter als die Frauen, was mit Ergebnissen anderer Studien übereinstimmt (Braun et al. 1999; Striegel-Moore et al. 1999). Daraus ist zu folgern, dass sich die Betroffenen erst nach langer Krankheitsdauer - im Vergleich zur AN und BN - in Behandlung geben (Carlat et al., 1997).

### **5.3.2 Soziodemographische Daten**

Auffällig war, dass die Männer signifikant häufiger als die Frauen arbeitslos waren. Hinsichtlich Partnerschaft, Schulabschluss und Wohnsituation gab es keine signifikanten Unterschiede. Auch Reichborn-Kjennerud et al. fanden in ihrer Studie keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich dieser Aspekte (2004). Momentan existiert jedoch noch sehr wenig Fachliteratur zum Thema BED, somit ist es kaum möglich dieses Ergebnis mit anderen zu vergleichen (Berkman et al., 2007).

### **5.3.3 Verlauf der Essstörung**

Bei den Männern war es schwer Aussagen über den langfristigen Verlauf zu machen, da die Rücklaufquoten schon zum Zeitpunkt der 6 Jahreskatamnese sehr gering waren. Weiterhin ist es schwer Vergleiche mit anderen Studien anzustellen, da zum Langzeitverlauf der BED kaum aussagekräftige Studien existieren.

Bei den Männern betrug die Mortalitätsrate 0 %, bei den Frauen lag sie bei 2,9 %. In der vorliegenden Studie zeigte sich ein relativ günstiger Langzeitverlauf für Männer und Frauen mit einer BED, was durch einen stetigen Rückgang der Scores von EDI, PSR-Skala und SCL bestätigt wurde. Die Literatur geht jedoch von einem chronischen, langwierigen Verlauf aus (Fairburn, 2003).

Beim BMI gab es bei beiden Geschlechtern nur geringfügige Änderungen im Verlauf und beide Geschlechter befanden sich stets im Bereich der Fettleibigkeit (BMI>30). Es wird eine

erneute Gewichtszunahme im mittelfristigen Krankheitsverlauf diskutiert (Yanovsky, 1993; Wadden et al., 1992). Dieses Ergebnis liess sich auch in der vorliegenden Studie beobachten.

Wie auch schon bei AN und BN wechselten die Frauen häufiger in eine andere Diagnosengruppe als die Männer. Die männlichen Patienten hatten nach 2 Jahren zur Hälfte schon keine Essstörungsdiagnose mehr. Von den restlichen 50% hatte ungefähr die Hälfte immer noch die Diagnose BED, die andere Hälfte war in den Diagnosenbereich der nicht näher bezeichneten Essstörungen gewechselt. Da dieses Ergebnis bei allen drei Essstörungen zu beobachten war, ist hier zu vermuten, dass dies als eine Stufe auf dem Weg zur Gesundheit interpretiert werden kann. Nur ein einzelner Fall entwickelte im Verlauf eine BN, ein Wechsel in den anorektischen Bereich kam nicht vor. Insgesamt gibt es jedoch kaum aussagekräftige Studien über den Verlauf der BED (Berkman et al., 2007).

#### **5.3.4 Psychiatrische Komorbidität**

Sowohl Achse I als auch Achse II Störungen des DSM IV kamen bei Betroffenen mit der Diagnose einer BED deutlich häufiger vor als in der Allgemeinbevölkerung (Wilfley et al., 2000). Es werden Werte zwischen 20% und 35% für das Vorkommen einer Achse I Störung angegeben, mit dem höchsten Wert für die Major Depressive Disorder. Die Männer in dieser Studie hatten für eine affektive Störung ungefähr gleiche Prozentwerte wie in anderen Studien (Mussell et al., 1996; Yanovsky et al., 1993). Die Frauen in dieser Studie hatten hier mit 72% deutlich höhere Werte im Vergleich vorzuweisen. Im Vergleich zur BN zeigten die Männer nicht nur ein selteneres Auftreten einer Affektiven Störung, sondern auch ein deutlich selteneres Auftreten einer Substanzinduzierten Störung (Spitzer et al., 1992).

Die Männer mit der Diagnose BED zeigten einen Schwerpunkt bei den Persönlichkeitsstörungen aus Cluster B (Antisoziale/Borderline/Histrionische/Narzisstische PS). Am häufigsten kam, wie auch bei der BN, die Borderline PS vor.



## 6 ZUSAMMENFASSUNG

Die vorliegende Arbeit vergleicht den kurz-, mittel- und langfristigen Verlauf verschiedener Essstörungen (Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa und Binge Eating Disorder) bei Männern und Frauen. Die Fragestellung befasst sich mit dem Vergleich der beiden Geschlechter hinsichtlich des Verlaufs, der Ausprägung und der psychiatrischen Komorbidität der oben genannten Essstörungen. Die befragten Männer und Frauen wiesen alle schon einmal die Diagnose einer Essstörung auf und befanden sich deswegen schon einmal in stationärer Behandlung.

Die Patienten wurden bei ihrer Aufnahme in die Klinik und nach bestimmten Katamneseintervallen (nach zwei, sechs und zwölf Jahren) ausgiebig über ihre Essstörung befragt. In der Befragung kam eine breite Auswahl von sowohl Experteninterviews als auch Selbsteinschätzungsinstrumenten zum Einsatz.

Bei der Anorexia Nervosa zeigte sich bei beiden Geschlechtern ein schwererer Verlauf für den Untertyp der binge/purge AN. Die anorektischen Männer zeigten im Verlauf stets geringfügig niedrigere Ausprägungen in den Messskalen als die Frauen, es liess sich jedoch kein wesentlicher Geschlechtsunterschied im langfristigen Verlauf feststellen. Signifikante Unterschiede zwischen beiden Geschlechtern gab es bei mehreren Unterpunkten:

- Die anorektischen Männer lebten signifikant seltener in einer Partnerschaft.
- Hinsichtlich der gegensteuernden Massnahmen zeigten die Männer ein anderes Spektrum als die Frauen mit einem Schwerpunkt bei exzessiver körperlicher Betätigung.
- Die Frauen wechselten im Verlauf deutlich häufiger die Diagnosengruppe im Verlauf der Essstörung.

Hinsichtlich der psychiatrischen Komorbidität gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Geschlechtern.

Bei der Bulimia Nervosa fiel auf, dass die Männer älter bei der Indexbehandlung waren und eine längere Krankheitsdauer aufwiesen. Speziell im mittelfristigen Verlauf zeigten die bulimischen Männer ein deutlich schlechteres Ergebnis als die Frauen. Übergewicht kam deutlich häufiger bei den bulimischen männlichen Patienten vor. Wie auch schon bei der AN

hatten die Männer beim Item exzessive körperliche Bewegung eine signifikant höhere Ausprägung als die Frauen. Wie auch bei der AN wechselten die Frauen häufiger die Diagnosengruppe im Verlauf als die Männer. Die bulimischen Männer wechselten im Krankheitsverlauf auffällig oft in den Bereich der nicht näher bezeichneten Essstörungen, möglicherweise eine Stufe auf dem Weg zur Remission. Hinsichtlich der psychiatrischen Komorbidität zeigte sich ein hohes Vorkommen einer Substanzinduzierten Störung und von Persönlichkeitsstörungen aus Cluster B.

Bei der Binge Eating Disorder waren beide Geschlechter älter bei Erstdiagnose als bei den anderen beiden Essstörungen und die Dauer der Essstörung war länger. Wie bei der BN war bei den männlichen Betroffenen eine längere Krankheitsdauer festzustellen. Die Männer mit einer BED waren auffällig oft arbeitslos bzw. arbeitsunfähig. Beide Geschlechter zeigten zu allen Messpunkten deutliches Übergewicht und einen erneuten Gewichtsanstieg im mittelfristigen Verlauf. Wie bei der AN und der BN wechselten die Frauen häufiger die Diagnosengruppe. Die Männer schnitten hinsichtlich der Komorbidität deutlich besser ab als die Frauen und zeigten hier niedrigere Prozentwerte für das Auftreten einer Affektiven Störung oder einer Angststörung.

Bei jeder der beschriebenen Essstörungen besteht noch viel Forschungsbedarf, um ein klares Krankheitsverständnis und eine adäquate Therapie gewährleisten zu können. Ein spezieller Bereich stellt die Ätiologie dar, die immer noch nicht gänzlich geklärt ist, aber einen wichtigen Pfeiler für eine entsprechende erfolgreiche Therapie darstellt. Hier werden momentan verstärkt die genetischen bzw. molekulargenetischen Aspekte erforscht um eventuell neue Therapieoptionen zu erhalten. Doch auch auf dem Gebiet der Psychotherapie besteht noch weiterer Forschungsbedarf. Einen weiteren speziellen Aspekt stellt der Verlauf der Essstörungen dar. Obwohl über den Langzeitverlauf z.B. der AN bei Frauen schon sehr viele Studien existieren, ist über den langfristigen Verlauf der verschiedenen Essstörungen bei Männern nur wenig bekannt. Ziel der Forschung muss es sein großangelegte Studien zu starten, die normiert sind um auch einen Vergleich untereinander zu ermöglichen, was bisher eine grosse Schwäche auf diesem Gebiet ist. Speziell Männer sollten mehr in Studien einbezogen werden um mehr über den Krankheitsverlauf und seine geschlechtsspezifischen Aspekte zu erfahren. Die so ermittelten Ergebnisse könnten dann auch zur Verbesserung der Therapie beitragen, die gerade bei den Männern nicht spezifisch und somit auch noch nicht

optimiert ist. Weitere Grundlagenforschung ist im Bereich der nicht näher bezeichneten Essstörungen nötig, über die bisher nur wenig bekannt ist.

## 7 LITERATURVERZEICHNIS

- Abraham S. (1998). Sexuality and reproduction in bulimia nervosa patients over 10 years. *Journal of Psychosomatic Research* 44: 491-502.
- Adami, G.F., Gandolfo, P., Bauer, B., Scopinaro M. (1995). Binge Eating in massively obese patients undergoing bariatric surgery. *Int. J. of Eat. Disord.* 17: 45-50.
- 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.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistic manual of mental disorders*, (4th edition, text revised). Washington DC: APA.
- Andersen, A.E. (1990). *Males with eating disorders*. New York: Brunner/Mazel
- Andersen, A.E. (1992). Follow-up of males with eating disorders. In: Herzog, W., Deter, H.C. & Vandereycken, W. *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. & Holman, J.E. (1997). Males with eating disorders: challenges for treatment and research. *Psychopharmacological Bulletin* 33, 3: 391-397.
- Berkman, N., Lohr, K., Bulik, C. (2007). Outcomes of Eating Disorders: A systematic review of the Literature. *Int. Journal of Eat. Dis.* 40:4 293-309.
- Birmingham L.C., Su J., Hlynsky J.A., Goldner E.M., Gao M. (2005). The Mortality Rate from Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 38: 143-146.
- Bramon-Bosch, E., Troop, N., Treasure, J. (2000). Eating Disorders in Males: A comparison with female patients. *Eur. Eat. Dis. Rev.* 8: 321-328.

- 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.
- Bruch, H. (1991). *Essstörungen*. Fischer Verlag.
- 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.
- Bulik CM, Sullivan PF, Wade TD, Kendler KS. (2000). Twin studies of eating disorders: a review. *Int J Eat Disord* 27: 1–20.
- Bulik CM, Devlin B, Bacanu SA, Thornton L, Klump KL, Fichter MM, Halmi KA, Kaplan AS, Strober M, Woodside DB, Bergen AW, Ganjei JK, Crow S, Mitchell J, Rotondo A, Mauri M, Cassano G, Keel P, Berrettini WH, Kaye WH (2003). Significant linkage on chromosome 10p in families with bulimia nervosa. *Am J Hum Genet* 72: 200–7.
- 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.
- Calam R, Waller G, Slade P, Newton T. (1990). Eating disorders and perceived relationships with parents. *Int J Eat Disord* 9:479–485.
- 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. *Int. Journal of Eating Disorders* 19: 159-170.
- Carter JC, Fairburn CG.(1998). Cognitive-behavioral self-help for binge eating disorder: a controlled effectiveness study. *J Consult Clin Psychol* 66: 616–23.
- Cnattingius S, Hultman CM, Dahl M, Sparen P (1999) Very preterm birth trauma and the risk of anorexia nervosa among girls. *Archives of General Psychiatry* 56:634–638
- Cohane, G.H. & Pope, H.G. (2001). Body image in boys: a review of the literature. *International Journal of Eating Disorders* 29: 373-379.

- Coutourier, J., Lock, J. (2006). What is recovery in adolescent Anorexia Nervosa? *Int. J. of Eat. Dis.* 39: 550-555.
- 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.
- Crisp A.H., Callendar J.S., Halek C. et al. (1992). Long-term mortality in anorexia nervosa. *Br. J. Psychiatry* 161:104.
- Crow S, Kendall D, Praus B, Thuras P.(2001). Binge eating and other psychopathology in patients with type II diabetes mellitus. *Int J Eat Disord.*30:222–6.
- Currin L., Schmidt U., Treasure J., Jick H. (2005). Time trends in eating disorder incidence. *Br. J. Psych.* 186: 132 -135
- Dansky B.S., Brewerton T.D. & Kilpatrick D.G. (2000). Comorbidity of bulimia nervosa alcohol use disorders. *Int J Eat Disord.* 27: 187-190.
- 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.
- De Zwaan M, Kasper S. (2006). Behandlung von Essstörungen: Psychopharmakologie. In: Möller HJ (Hrsg). *Therapie Psychiatrischer Erkrankungen*. 3. Aufl. Thieme.
- De Zwaan M, Roerig J, Mitchell JE. (2003). Pharmacological treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder. In: Thompson JK (ed). *Handbook of Eating Disorders and Obesity*. Wiley, New York.
- 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.)(1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F)*. Bern: Huber.

- Dittmar, H., Halliwell, E., & Ives, S. (in press). Does Barbie make girls want to be thin? The effect of experimental exposure to images of dolls on the body image of 5-8-year-old girls. *Developmental Psychology*
- Drewnowski, A., Yee, D. K., & Krahn, D. D. (1988). Bulimia in college women: Incidence and recovery rates. *American Journal of Psychiatry*, 145, 753– 755.
- Dunn EC, Neighbors C, Larimer ME (2006). Motivational enhancement therapy and self-help treatment for binge eaters. *Psychol Addict Behav*. 20(1):44-52
- Eckert E.D., Halmi K.A., Marchi P. et al. (1995). Ten-year follow-up of anorexia nervosa: clinical course and outcome. *Psycholog. Med.* 25: 143.
- Eddy, K. T., Keel P. K., Dorer, D. J., Delinsky, S. S., Franko, D. L., Herzog, D. B. (2002). Longitudinal Comparison of Anorexia Nervosa Subtypes. *Int. J. of Eat. Dis.*: 191-201.
- 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, 317-360.
- Fairburn, C.G., Norman, P.A., Welch, S.L., O'Connor, M.E., Doll, H.A. & Peveler, R.C. (1995). A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Arch. Of General Psychiatry* 52, 304-312.
- Fairburn CG, Welch SL, Doll HA, Davies BA, OConnor ME (1997). Risk factors for bulimia nervosa: a community-based case-control study. *Arch Gen Psychiatry* 54: 509–17.
- Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Welch SL (1999). Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Arch Gen Psychiatry* 56: 468–76.

- Fairburn CG, Doll HA, Welch SL, et al. (1998). Risk factors for binge eating disorder: a community-based case-control study. *Arch Gen Psychiatry* 55: 425–32.
- Fairburn CG, Shafran R, Cooper Z (1999). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behav Res Ther* 37: 1–13.
- Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Norman P, O'Connor M. (2000). The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Arch Gen Psychiatry* 57: 659–65.
- Fairburn CG, Harrison PJ (2003). Eating Disorders. *The Lancet*, Vol. 361: 407-416.
- Fichter, M.M. (1985). *Magersucht und Bulimia. Empirische Untersuchungen zur Epidemiologie, Symptomatologie, Nosologie und zum Verlauf.* Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Fichter, M.M. (2000). Essstörungen. In: Möller, H.J., Laux, G. & Kapfhammer, H.-P. (Hrsg.). *Psychiatrie und Psychotherapie.* Berlin: Springer.
- Fichter, M.M. (2000). Behandlung von Essstörungen. In: Möller, H.-J. (Hrsg.). *Therapie psychiatrischer Erkrankungen.* Stuttgart: Thieme.
- 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). Six-year course of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 26: 359-385.
- Fichter, M.M. & Quadflieg, N. (1999). *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.
- Fichter, M.M., Quadflieg, N.(2004). Twelve-year course and outcome of bulimia nervosa. *Psycholog. Medicine* 34: 1395-1406.
- Fichter, M.M. (2005). Anorektische und bulimische Essstörungen. *Nervenarzt*.76: 1141-1153
- Fichter, M.M., Quadflieg, N., Hedlund S. (2006). Twelve-year course and outcome predictors of Anorexia Nervosa. *Int. J. Eat. Disord.* 39: 87-100.



- Fichter, M.M., Quadflieg, N., (2007). Long-term stability of eating disorder diagnoses. *Int. J. Eat. Disord.* 40: 61
- 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.
- French, S.A.; Story, M.; Remafedi, G.; Resnick, M.D.; Blum, R.D. (1996). Sexual orientation and prevalence of body dissatisfaction and eating disordered behaviors: A population-based study of adolescents. *Int. J. Eat. Disord.* 19: 119-126.
- Friedmann, W.J. (1993). Memory for the time of past events. *Psych. Bulletin* 113: 44-66.
- 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.
- Godart, N., F. Perdereau, Z. Rein, S. Berthoz, J. Wallier, Ph. Jeammet and M.F. Flament (2007): Comorbidity studies of eating disorders and mood disorders. Critical review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, Vol. 97: pp. 39-46.
- Godart, N., M.F. Flament, F. Perdereau and P. Jeammet (2002). Comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: a review, *Int. J. Eat. Disord.* 3, pp. 253–270.

- 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.
- Götestam, K. G., Kjelsas, E., Bjørnstrøm, C. (2004). Prevalence of eating disorders in female and male adolescents (14–15 years). *Eating Behaviors* 5: 13 – 25
- Gowers SG, North CD, Byram V, Weaver AB (1996) Life event precipitants of adolescent anorexia nervosa. *Journal of Child Psychological Psychiatry* 37: 469–477
- Grilo, C.M., Devlin, M.J., Cachelin, F.M., & Yanovski, S.Z. (1997). Report of the National Institutes of Health Workshop on the development of research priorities in eating disorders. *Psychopharmacology Bulletin*, 33, 321–333.
- Grice DE, Halmi KA, Fichter MM, Strober M, Woodside DB, Treasure JT, Kaplan AS, Magistretti PJ, Goldman D, Bulik CM, Kaye WH, Berrettini WH.(2002). Evidence for a susceptibility gene for anorexia nervosa on chromosome 1. *Am J Hum Genet* 70: 787–92.
- 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., Delahunty, 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.
- Hautzinger, M. (1980). Anorexia nervosa: A Behavior-analytical model. *Behavioral Analysis and Modification*.
- Harris E.C., Barraclough B. (1998). Excess mortality of mental disorders. *Br. J. Psychiatry* 172: 11
- Hebebrand, J., Himmelmann, G.W., Heseke, H., Schäfer, H. & Renschmidt, 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.
- Herpertz S, Albus C, Wagener R, Kocnar M, Wagner R, Henning A, Best F, Foerster H, Schleppinghoff BS, Thomas W, Kohle K, Mann K, Senf W. Comorbidity of diabetes and eating disorders—does diabetes control reflect disturbed eating behavior? *Diabetes Care* 21: 1110-1116.

- 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.
- Hoek, H.W., Bartelds, A.I.M., Bosveld, J.J.F., van der Graaf, Y., Limpens, V.E.L., Maiwald, M., & Spaaij, C.J.K. (1995). Impact of urbanization on detection rates of eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1272–1278.
- Hoek, H.W.; van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int. J. Eat. Disord.* 34: 383 – 396
- Hoek, H.W.(1993). Review of the epidemiological studies of eating disorders. *Int. Rev. Psych.* 5: 61 – 74
- Hoek, H.W.(2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr. Opin. Psych.* 19: 389 – 394.

- Hsu, L.K.G. (1980). Outcome of Anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry* 37: 1041-1046.
- Hsu L. K. G. (1996). Epidemiology of the eating disorders. *Psychiatr. Clin. North America* 19:681–700.
- Jaeger B, Ruggiero GM, Edlund B, Gomez-Perretta C, Lang F, Mohammadkhani P, Sahleen-Veasey C, Schomer H, Lamprecht F (2002). Body dissatisfaction and its interrelations with other risk factors for bulimia nervosa in 12 countries. *Psychother Psychosom* 71:54–61.
- Kaye WH, Nagata T, Weltzin TE, Hsu LK, Sokol MS, McConaha C, Plotnicov KH, Weise J, Deep D. (2001). Double-blind placebo-controlled administration of fluoxetine in restricting- and purging-type anorexia nervosa. *Biol Psychiatry* 49: 644–52.
- Kaye WH, Srinivasagam NM, Plotnicov KH, Greeno C, Weltzin TE, Rao R (1995). Persistent perfectionism, symmetry, and exactness after long-term recovery from anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 152:1630–1634.
- Kaye WH., Bulik C, Thornton L, Barbarich N., Masters K. and the Price Foundation Collaborative Group (2004): Comorbidity of Anxiety Disorders With Anorexia and Bulimia Nervosa, *Am J Psychiatry* 161:2215-2221
- Keel, P.K., Mitchell, J.E., Miller, K.B., Davis, T.L. & Crow, S.J. (1999). Long-term outcome of bulimia nervosa. *Arch. Of General Psychiatry* 56: 63-69.
- 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.
- Keel P.K., Dorer D.J., Eddy K.T. et al. (2003). Predictors of mortality in eating disorders. *Arch. Gen. Psychiatry* 60: 179-183.
- Kendler KS, MacLean C, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ (1991). The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry* 148:1627-1635.
- 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.
- Klump KL, Miller KB, Keel PK, McGue M, Iacono WG (2001) Genetic and environmental influences on anorexia nervosa syndromes in a population-based twin sample. *Psychological Medicine* 31:737–740.
- 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.
- Kortegaard LS, Hoerder K, Joergensen J, Gillberg C, Kyvik KO (2001) A preliminary population-based twin study of self-reported eating disorder. *Psychological Medicine* 31:361–365
- Krenn, H. (2003). Essstörungen bei Männern. *Dissertationsarbeit an der Philipps-Universität Marburg.*
- LaPorte, D.L. (1997). Gender differences in perceptions and consequences of an eating binge. *Sex Roles* 36: 479-489.
- Larsen, S.F., C.P. Thompson, T. Hansen (1996). Time in autobiographical memory. In: Rubin (ed.), *Autobiographical memory*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Leit A., Pope H.G., Gray J. (2001). *Int. Journal of Eating Disorders* 29: 90 – 93.
- Lilenfeld LR, Kaye WH, Greeno CG, Merikangas KR, Plotnicov K, Pollice C, Rao R, Strober M, Bulik CM, Nagy L (1998). A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. *Archives of General Psychiatry* 55:603–610
- Löwe, B., Zipfel, S., Buchholz, C., Dupont, Y., Reas, D., Herzog, W. (2001). Long Term Outcome of Anorexia Nervosa in a prospective 21-year Follow-Up Study. *Psych. Med.* 881-890.
- Lucas, A.R., Crowson, C.S., O'Fallon, W.M., & Melton, L.J.(1999). The ups and downs of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 26: 397–405.

- 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
- Mannucci E, Bardini G, Ricca V, Tesi F, Piani F, Vannini R, Rotella CM, (1997). Eating attitudes and behaviour in patients with type II diabetes. *Diabet Nutr Metab.* 10: 275-281.
- Margo, J.L. (1987). Anorexia nervosa in males: a comparison with female patients. *British Journal of Psychiatry* 151: 80-83.
- Marchi M, Cohen P (1990) Early childhood eating behaviors and adolescent eating disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 29:112–117
- McCallum, K. (1993). Eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 6, 480– 485
- 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.
- Müller, B., Herpertz, S., Heussen, N., Neudörfl, A., Wewetzer, C., Remschmidt, H., Herpertz-Dahlmann, B. (2000). Persönlichkeitsstörungen und psychiatrische Morbidität im Verlauf der adoleszenten Anorexia Nervosa: Ergebnisse einer prospektiven 10-Jahres-Katamnese. *Zeitschr. für Kinder- und Jugendpsych.und Psychother.* 28: 81-91.
- Mussell M, Mitchell J, de Zwaan M, Crosby R, Seim H, Crow S. (1996). Clinical characteristics associated with binge eating in obese females: a descriptive study. *Int J Obes Relat Met Dis.* 20: 324 –31.
- 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.

- National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2004). Eating disorders – core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. NICE Clinical Guideline no 9. London
- 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..
- Norris, M.L., Boydell, K.M., Pinhas, L., Katzman K.D. (2006): Ana and the Internet: a review of pro-anorexic websites. *Int. J. Eat. Dis.* 39: 443-447.
- Oliosì, M., Della Grave, R. (2003). A Comparison of clinical and psychological features in subgroups of anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review* 11: 306-314.
- 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.
- Patton, G. C., Selzer, R., Coffey, C., Carlin, J. B., & Wolfe, R. (1999). Onset of adolescent eating disorders: Population based cohort study over 3 years. *British Medical Journal*, 318, 765– 768
- Paul, T. & Thiel, A. (2004). *Eating Disorder Inventory-2. Deutsche Version*. Göttingen: Hogrefe.
- 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. (2000). *The Adonis Complex. The secret crisis of male body obsession*. New York: The Free Press.
- 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.
- Pudel, D. & Westenhöfer, J. (1989). Fragebogen zum Eßverhalten (FEV). Göttingen: Hogrefe.
- Quadflieg, N. & Fichter, M.M. (2003). The course and outcome of bulimia nervosa. *European Child & Adolescent Psychiatry* 12: 99-109.
- Ratnasurija, R.H., Eisler, I., Szmukler, G.I. & Russell, G.F.M. (1991). Anorexia nervosa: outcome and prognostic factors after 20 years. *British J. of Psychiatry* 158: 495-502.
- Rechlin, T. (1990). Die Anorexia nervosa beim männlichen Geschlecht. *Nervenheilkunde* 9: 223-228.
- Reichborn-Kjennerud, T., Bulik, C., Sullivan, P., Trambis K., Harris J. (2004). Psychiatric and Medical Symptoms in Binge Eating in the Absence of Compensatory Behaviours. *Obesity Research*, Vol. 12, No. 9: 1445 - 1454
- Ribases M, Gratacos M, Fernandez-Aranda F, Bellodi L, Boni C, Anderluh M, Cavallini MC, Cellini E, Di Bella D, Erzegovesi S, Foulon C, Gabrovsek M, Gorwood P, Hebebrand J, Hinney A, Holliday J, Hu X, Karwautz A, Kipman A, Komel R, Nacmias B, Remschmidt H, Ricca V, Sorbi S, Wagner G, Treasure J, Collier DA, Estivill X. (2004). Association of BDNF with anorexia, bulimia and age of onset of weight loss in six European populations. *Hum Mol Genet* 13: 1205–12.
- Ricca, V, Mannucci E., Moretti, S. (2000). Screening for binge eating disorder in obese outpatients. *Comprehensive Psychiatry* 41: 111 – 115.
- 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.
- Rosenvinge, J.H., Martinussen, M., & Ostensen, E. (2000). The comorbidity of eating disorders and personality disorders: A meta-analytic review of studies published between 1983 and 1998. *Eating and Weight Disorders* 5, 52–61.
- 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.
- Sass, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M., & Koehler, K. (1989). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Storungen DSM-III-R. Deutsche Bearbeitung und Einfuhrung.* Weinheim: Beltz Verlag
- Sass, H. (Hrsg.). (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Storungen DSM-IV (übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association)* Göttingen: Hogrefe.
- Sass, H. (Hrsg.). (1998). *Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistisches Manual psychischer Storungen DSM-IV* Göttingen: Hogrefe.
- Sass, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M., Houben, I. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Storungen – Textrevision* Göttingen: Hogrefe.
- Scmidt, U., Tiller, J., Blanchard, M., Andrews, B., Treasure, J. (1997). Is there a specific trauma precipitating anorexia nervosa? *Psych. Med.* 27: 523-530.
- 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.
- Shoebridge P, Gowers SG (2000) Parental high concern and adolescent-onset anorexia nervosa. A case-control study to investigate direction of causality. *British Journal of Psychiatry* 176: 132–137
- 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.
- Skodol, A.E., Oldham, J.M., Hyler, S.E., Kellman, H.D., Doidge, N., & Davies, M. (1993). Comorbidity of DSM-III-R eating disorders and personality disorders. *International Journal of Eating Disorders* 14, 403–416.
- 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.
- Soundy, T.J., Lucas, A.R., Suman, V.J., & Melton, L.J., 3rd (1995). Bulimia nervosa in Rochester, Minnesota from 1980 to 1990. *Psychological Medicine*, 25, 1065–1071.
- 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.
- Spitzer, R.L., Devli, M.J., Walsh, B.T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M.D., Stunkard, A.J., Wadden, T., Yanovski, S., Agras, WS., Mitchell, J., Nonas, C (1992). Binge eating

- disorder: A multisite field trial of diagnostic criteria. *Int. J. of Eat. Disord.* 11: 191-204.
- SPSS Inc. (2001). *SPSS 11.0 Syntax Reference Guide*. Chicago, IL: SPSS Inc.
- 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). 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). 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., Pettrill, 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.
- Striegel-Moore, R. H., Franko, D., (2003). Epidemiology of Binge Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorders* 34: 19–29.
- 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.
- Strober M., Freeman R., Morrell W. (1997). The long term course of severe anorexia nervosa in adolescents: survival analysis of recovery, relapse and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *International Journal of Eating Disorders* 22: 339.

- Taraldsen, K.W., Eriksen, L. & Gøtestam, 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.
- Telch, CF., Agras, W.S., Rossiter, E.M. (1988). Binge Eating with increasing adiposity. *Int. J. of Eat. Disord.* 7: 115-119.
- Tiller JM, Sloane G, Schmidt U, Troop N, Power M, Treasure JL (1997) Social support in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 21:31–38
- Troop NA, Holbrey A, Treasure JL (1998). Stress coping and crisis support in eating disorders. *International Journal of Eating Disorder* 24:157–166
- Turnbull, S., Ward, A., Treasure, J., Jick, H., & Derby, L. (1996). The demand for eating disorder care. An epidemiological study using the General Practice Research Database. *British Journal of Psychiatry*, 169, 705–712.
- Uhler R, Treasure J. (2005). Brain lesions and eating disorders. *Journal of Neurol. Neurosurg Psychiatry*: 852–57.
- Vandereycken, W., van Deth, R. & Meermann, R.(1990). *Hungerkünstler, Fastenwunder, Magersucht. Eine Kulturgeschichte der Eßstörungen.* Zülpich: Biermann.
- 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..
- Vaz, F. (1998). Outcome of Bulimia nervosa: Prognostic Indicators. *J. of Psych. Res.* 45, 5: 391-400.
- Vitousek, K., & Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 137–147.
- Wadden T.A., Foster G.D., Letizia K.A. (1992). Response of obese binge eaters to treatment by behavioural therapy combined with very low calory diet. *J. Consult. Cli. Psychol.* 60:808-811.
- Waller, G. (1998). Preceived 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.
- Wilfley DE, Welch RR, Stein RI, Spurrell EB, Cohen LR, Saelens BE, Dounchis JZ, Frank MA, Wiseman CV, Matt GE. (2002). A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. *Arch Gen Psychiatry* 59: 713–21.
- Wilfley, DE, Friedman, MA, Dounchis, JZ, Stein, RI, Welch, RR, Ball, SA (2000). Comorbid Psychopathology in Binge Eating Disorder: Relation to Eating Disorder Severity at Baseline and Following Treatment. *Journal of Cons. And Cli. Psych.* 68: 641-649.
- 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.
- Wilson GT, Shafran R.(2005). Eating disorders guidelines from NICE. *Lancet* 365: 79–81.
- Wiseman C.V., Gray J., Mosimann J. et al. (1992). Cultural Expectations of thinness in women: an update. *International Journal of Eating Disorders* 11: 85-89.
- Wittchen, H.-U., Müller, N., Pfister, H., Winter, S. & Schmidtkunz, B. (1999). Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“. *Gesundheitswesen* 61 : 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.
- Wittchen H-U, Essau CA (1993): *Epidemiology of anxiety disorders in Psychiatry*. Edited by Cooper AM. Philadelphia, JB Lippincott, pp 1–25
- 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.
- Yanovsky S, Nelson J, Dubbert B, Spitzer R. (1993). Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *Am J Psychiatry*. 150:1472–9.
- Yanovsky S. (1993). Binge Eating Disorder: current knowledge and future directions. *Obes. Res.* 1: 306-324
- Yates, A., Leehey, K & Shisslak, C. (1983). Running: an analogue of anorexia? *New England Journal of Medicine* 308: 251-255.
- Zipfel, S., Herzog W. (2000). Von der Sucht mager zu sein. *Psych. Med.* 3: 25-32.

## **8 Anhang**

### **8.1 Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Zusammensetzung der Gesamtstichprobe

Tabelle 2: Zusammensetzung der Stichprobe Anorexia nervosa

Tabelle 3: Altersdaten und Dauer der Essstörung für Männer und Frauen mit restriktiver Anorexia Nervosa bzw. binge/purge Anorexia Nervosa

Tabelle 4: Soziodemographische Kennwerte der Männer und Frauen restriktive Anorexia Nervosa

Tabelle 5: Soziodemographische Kennwerte der Männer und Frauen binge/purge Anorexia Nervosa

Tabelle 6: Diagnostische Verläufe der Männer und Frauen mit Aufnahmediagnose restriktive Anorexia Nervosa bzw. binge/purge Anorexia Nervosa

Tabelle 7: BMI und zugehörige BMI Perzentile für beide anorektische Gruppen im Verlauf

Tabelle 8: Ausgewählte SIAB Items für Männer und Frauen mit restriktiver Anorexia Nervosa bzw. binge/purge Anorexia Nervosa im Verlauf

Tabelle 9: Ergebnisse der Psychiatric Status Rating Scale für die Männer und Frauen mit restriktiver Anorexia Nervosa bzw. binge/purge Anorexia Nervosa im Verlauf

Tabelle 10: Verlauf der Skalen des Eating Disorder Inventory für die Männer und Frauen mit restriktiver Anorexia Nervosa bzw. binge/purge Anorexia Nervosa

Tabelle 11: Verlauf der Ergebnisse der Symptom Checklist für die Männer und Frauen mit restriktiver Anorexia Nervosa bzw. binge/purge Anorexia Nervosa

Tabelle 12: Lebenszeit Prävalenz von Achse-I Störungen für Männer und Frauen mit restriktiver bzw. binge/purge Anorexia Nervosa

Tabelle 13: Lebenszeit Prävalenz von Achse-II Störungen für die Männer der Stichprobe restriktive Anorexia Nervosa bzw. binge/purge Anorexia Nervosa

Tabelle 14: Zusammensetzung der Stichprobe Bulimia nervosa

Tabelle 15: Altersdaten und Dauer der Essstörung/ Länge der Katamneseintervalle der Männer und Frauen mit Bulimia Nervosa

Tabelle 16: Soziodemographische Kennwerte der Männer und Frauen mit Bulimia Nervosa

Tabelle 17: Soziodemographische Kennwerte der Männer und Frauen mit Bulimia Nervosa

Tabelle 18: Diagnostische Verläufe der Männer und Frauen mit Aufnahmediagnose Bulimia Nervosa

Tabelle 19: Ausgewählte SIAB Items, BMI mit zugehöriger BMI Perzentile und PSR bei Männern und Frauen mit Bulimia Nervosa im Verlauf

Tabelle 20: Skalenwerte des Eating Disorder Inventory für Männer und Frauen mit Bulimia Nervosa

Tabelle 21: Mittelwerte der Symptom Checklist für Männer und Frauen mit Bulimia Nervosa im Verlauf der Jahre

Tabelle 22: Lebenszeit Prävalenz von Achse-I Störungen für Männer und Frauen mit Bulimia Nervosa

Tabelle 23: Lebenszeit Prävalenz von Achse-II Störungen für Männer mit Bulimia Nervosa

Tabelle 24: Zusammensetzung der Stichprobe BED

Tabelle 25: Altersdaten und Dauer der Essstörung der Männer und Frauen mit Binge Eating Disorder

Tabelle 26: Soziodemographische Kennwerte der Männer und Frauen mit Binge Eating Disorder

Tabelle 27: Diagnostischer Verlauf der Männer und Frauen mit Aufnahmediagnose Binge Eating Disorder

Tabelle 28: Ausgewählte SIAB Items, BMI mit zugehöriger BMI Perzentile und PSR der Männer und Frauen mit Binge Eating Disorder

Tabelle 29: Skalenwerte des Eating Disorder Inventory für Männer und Frauen mit Binge Eating Disorder

Tabelle 30: Mittelwerte der Symptom Checklist für Männer und Frauen mit Binge Eating Disorder im Verlauf der Jahre

Tabelle 31: Lebenszeit Prävalenz von Achse-I Störungen für die Männer und Frauen mit Binge Eating Disorder

Tabelle 32: Lebenszeit Prävalenz von Achse-II Störungen für die Männer der Stichprobe BED



## 8.2 Danksagung

Herzlich bedanken möchte ich mich bei meinem Doktorvater Prof. Dr. Manfred Fichter für die Ermöglichung dieser Dissertation.

Großer Dank geht an Dipl.- Psych. Norbert Quadflieg für die Themenstellung und exzellente Betreuung dieser Doktorarbeit. Zu jeder Zeit ein offenes Ohr, ermutigende Worte und wertvolle Beratung haben mich oft über schwere Etappen „gerettet“.

Danke auch an Frau Dr. Gabi Kohlböck für die statistische Auswertung und ebenfalls unermüdlicher Hilfe bei offenen Fragen.

Dr. Marian Cebulla danke ich für die gute Organisation meiner Einarbeitung in der Klinik Roseneck.

Dr. Heidelinde Krenn danke ich für Inspiration und Unterstützung durch ihre Vorarbeit.

Ein großer Dank gebührt Peter Meyer für die Hilfe bei allen technischen Fragen, die mich oft zum Verzweifeln brachten.

Weiterer Dank geht an meine Eltern, Geschwister und Freunde für die ständige Motivation und Unterstützung.

Zum Schluss danke ich allen Probanden, die sich zur Befragung bereit erklärt haben und geduldig alle Fragen beantwortet haben.

### 8.3 Lebenslauf

#### Persönliche Informationen

Frederik Labouvie

- § Anschrift: Schulstr. 10  
88239 Wangen
- § Geburtsdatum: 20.10.1978
- § Geburtsort: Neunkirchen/Saar
- § Familienstand: ledig
- § Nationalität: deutsch

#### Schullaufbahn

- 1985 – 1989: Grundschule Prassberg in Wangen im Allgäu
- 1989 – 1998: Rupert-Neß-Gymnasium in Wangen im Allgäu

#### Studium

- 1999: Beginn des Medizinstudiums an der Universität Ulm
- 2000 – 2006: Medizinstudium an der Ludwig-Maximilians-Universität München

#### Famulaturen

- Kardiologie: Praxis Dr. med. Danner, Wangen im Allgäu (2002)
- Chirurgie: Klinikum der Universität München – Innenstadt  
Chirurgische Klinik und Chirurgische Poliklinik (2003)
- Chirurgie: Cornwall Regional Hospital in Montego Bay, Jamaica  
(2004)
- Psychiatrie: Klinik Roseneck, Prien am Chiemsee (2004)

#### Praktisches Jahr

- Innere Medizin: Akademisches Lehrkrankenhaus München  
Harlaching, Zentrum für internistische Akutmedizin und  
Prävention
- Radiologie: Klinikum Großhadern, München

## Chirurgie: Akademisches Lehrkrankenhaus München Neuperlach

### Dissertation

Verlauf von Essstörungen bei Männern

### Praktische Erfahrung

Während des Studiums Mitarbeit in der radiologischen Praxis

Dr. Labouvie in Leutkirch/Allgäu

01.10.2006 – 01.10.2007: Assistenzarzt in der Radiologischen Praxis Dr. Korten&Partner in Minden

Ab 01.11.2007: Assistenzarzt im KH St.Elisabeth in Ravensburg

### Kenntnisse

Fremdsprachen: Englisch, Latein

Kurs Medical English an der Universität Ulm

Kurse an der virtuellen Hochschule Bayern:

- Radiologische Bildanalyse mittels bildgebender Verfahren
- Radiologisches Lernsystem zu Frühdiagnostik und Vorsorgemedizin

EDV-Kenntnisse: Microsoft Office, Adobe Photoshop

### Aktivitäten

Mitglied der Stadtkapelle Wangen im Allgäu

Mitglied der Musikkapelle Niederwangen

Hobbies: Sport, Literatur, Musik