

Anorexie und Bulimie bei Männern: Zum Erscheinungsbild zweier Frauenkrankheiten beim männlichen Geschlecht.

Werner Köpp*

Bettina Kallenbach*

* Eßstörungsambulanz der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie im Klinikum
“Benjamin Franklin” der Freien Universität Berlin

Korrespondenzadresse:

Priv. Doz. Dr. med. Werner Köpp

Eßstörungsambulanz der Abt. f. Psychosomatik u. Psychotherapie

Klinikum Benjamin Franklin der FU Berlin,

Hindenburgdamm 30

D-12200 Berlin / Steglitz

Tel.: 030 / 8445-3996

Fax: 030 / 8445-4590

e-Mail: koeppwe@zedat.fu-berlin.de

Zusammenfassung:

Anorexia und Bulimia nervosa sind typische Frauenkrankheiten. Die Publikationen über geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Symptomatik und möglicher Identitätsstörungen sind widersprüchlich. Die vorliegende Arbeit referiert die relevante Literatur über Eßstörungen bei Männern, kommentiert eine autobiografische Fallstudie von Ralph F. Wilps (1990) und präsentiert zwei eigene Fallberichte mit ungünstigem Therapieergebnis.

Summary:

Anorexia and Bulimia Nervosa in Males: On the Phenomenology of Two Women's Diseases in the Male Gender.

Werner Köpp, Bettina Kallenbach

Anorexia and bulimia nervosa are typical women's diseases. The literature about gender differences in symptomatology and identity disturbances is controversial. This paper summarizes the literature about eating disorders in males, comments on the autobiographical case study of Ralph F. Wilps (1990) and presents two own case reports of eating disordered males with an unfavourable outcome.

Einleitung

Der Anteil von Männern bei eßgestörten Patienten wird seit Jahren in der Literatur und den Lehrbüchern mit unter 5% angegeben. Zunehmend bemüht man sich dabei auch um die Klärung der Frage, unter welchen Bedingungen Männer eine doch weitgehend für das

weibliche Geschlecht spezifische Erkrankung entwickeln.

Kearny-Cooke u. Steichen-Asch (1990) gingen von einer erheblichen Störung der geschlechtlichen Identität bei Männern mit Eßstörungen aus. Inwieweit diese vermutete Identitätsstörung bei Männern sich aber qualitativ und quantitativ von jener der weiblichen Patienten unterscheidet, blieb dabei unklar.

Aus psychoanalytischer Sicht vertraten Tabin u. Tabin (1988) die Auffassung, daß männliche Eßgestörte - insbesondere mit Anorexia nervosa (AN) – eine sehr schlechte Prognose hätten. Dazu paßt der Bericht von Köpp u. Jacoby (1994), die zeigen konnten, daß männliche (N=5 entsprechend 27,8%) signifikant häufiger als weibliche Eßgestörte (N=55 entsprechend 7,8%) eine stationäre Psychotherapie innerhalb von zwei Wochen nach Behandlungsbeginn abbrechen. Schon 1986 berichteten Robinson u. Holden über die Chronifizierung einer Bulimie bei 6 von insgesamt 9 Männern in einem Zeitraum von 6 bis 10 Jahren.

Faßt man die empirische Literatur zusammen, in der männliche und weibliche Eßgestörte verglichen werden, so beschreiben die meisten Autoren die wesentliche Symptomatik und auch eine eventuell vorliegende Comorbidität für Männer und Frauen als gleich. Andererseits werden auch immer wieder Besonderheiten bei Männern herausgestellt, die die Behauptung der Symptomgleichheit zwischen den Geschlechtern relativieren (s.a. Köpp et al. 1999, in diesem Heft). Einschränkend muß man aber einräumen, daß kleine Fallzahlen, Selektionseffekte und fehlende Befundreplikation zur Zeit kaum eine Verallgemeinerung der beschriebenen Ergebnisse zulassen.

Verschiedene Einzelfallstudien zeigen detailliert bestimmte Phänomene der Ätiopathogenese und des Krankheitsverlaufes in der individuellen Dimension. Obwohl diese Berichte in der Regel keine Möglichkeit zur Formulierung verallgemeinerbarer Konstrukte bieten, sind sie doch von unersetzlichem Wert zur Generierung von überprüfbareren Hypothesen.

Die autobiographische Fallstudie von Wilps (1990)

Mit der autobiographischen Fallstudie von Wilps (1990) liegt ein außergewöhnlicher Bericht eines Klinischen Psychologen vor. In seiner Studie ~~verbindet~~ **versucht** er die Betroffenheit eines Patienten mit der kompetenten Einschätzung eines Experten **zu verbinden**. Eindrucksvoll ist die Schilderung seiner Lebensgeschichte, die er **ansatzweise** psychodynamisch entwickelt: Demnach sei die frühe Kindheit bis zur Einschulung weitgehend unauffällig verlaufen. Dann aber habe er sich hinter seine Bücher verkrochen. Er habe sich mit seinem Vater und dessen Brüdern verglichen und hatte in der Kindheit das Gefühl, daß diese einen sehr muskulösen Körperbau hätten, er dagegen sehr schwächlich gebaut sei. "Es wurde schnell deutlich, daß ich nie ein Fußballspieler werden würde. Zwar entwickelte ich mich zu einem Bücherwurm, aber es gelang mir nicht, irgendetwas zu tun, was meinen Eltern sinnvoll schien" (Wilps 1990:12; Übersetzung W.K.). Plausibel zeigt er dann auf, wie eine Hodenverletzung im 13. Lebensjahr in ihm zunehmend ein vermindertes Selbstwertgefühl entstehen ließ, das vor allem sein Körperbild betraf. In der Schule erlebte er dann, daß er von stärkeren Schülern wiederholt malträtirt wurde und bei Raufereien immer unterlag. Seine Eltern drängten ihn dennoch, sich körperlich zu wehren. Das Resultat seiner Verteidigungsversuche waren mehrfache Knochenbrüche an beiden Handgelenken.

In seinen weiteren Ausführungen schildert Wilps dann eine zunehmende Isolation, spärliche Peer-Kontakte, überwertiges Harmoniebedürfnis verbunden mit Unterwürfigkeit und die Suche nach "Surrogat-Eltern". Bei Herausforderungen jeglicher Art flüchtete er ins Essen (zunehmend dann auch mit konsekutivem Erbrechen). Gegen Ende seines Psychologiestudiums nahm er dann therapeutische Hilfe in Anspruch, die ihm half, sich mit seinem Beruf zu identifizieren, selbstsicherer zu werden und zu heiraten. Kurz nach der Heirat aber entwickelte er zunehmend restriktiv-anorektiforme Verhaltensweisen. In dramatischer Weise scheiterte dann seine Ehe, als er sich in die Mutter eines von ihm psychologisch betreuten behinderten Jungen verliebte – in einer Zeit, als seine Frau schwanger war. Bis dahin war die Beziehung zu seiner Frau der erste und einzige Versuch einer Liebesbeziehung. In dieser Zeit nahmen seine Eß-Brech-Symptome beträchtlich zu. Nur mit Mühe gelang es ihm nach der Trennung von seiner Frau, seinen Tag zu strukturieren. Dabei ersetzte er die Eß-Brech-Anfälle nach und nach durch körperliche Aktivitäten (Schwimmen, Aerobic und Joggen), was er seinerzeit eine "positive Sucht" nannte (Wilps 1990:21).

Wie es ihm (1990) aktuell ergeht, beschreibt der Autor unter der Überschrift "Current Functioning" folgendermaßen (Wilps 1990:23; Übersetzung W.K.): "Obwohl ich seit 1983 keine Eßanfälle mehr habe, würde ich mich nicht als geheilt bezeichnen. Vielmehr erlebe ich mich in einer Art Erholungsphase. Ich sehe sehr deutlich, daß ich noch immer Eigenschaften habe, die ein Risiko für das erneute Auftreten der Bulimie darstellen. Ich bin immernoch sehr zwanghaft und bekomme fast panische Angst, wenn mein Tagesplan auf irgendeine Art gestört wird. Ich bestelle meine Patienten dicht hintereinander ein und erlaube mir nur eine minimale Zeit um ins Schwimmbad zu gehen. Dann schwimme ich meine zwei Meilen (ca. 3,2 km, W.K.) und haste zurück in die Praxis, wo ich fast zu spät

zu den anberaumten Terminen eintreffe.

Wenn es mir gelingt, meine regulären körperlichen Aktivitäten durchzuführen, denke ich meistens den ganzen Tag nicht an das Essen. Ich nehme ein reichhaltiges, zusätzlich mit Vitaminen angereichertes Frühstück mit Früchten und Kräutertee zu mir. Bis zum Mittagessen habe ich dann keinen Hunger. Da ich mittlerweile alleine lebe, esse ich mittags nie zuhause ...”. Weiter ist zu erfahren, daß er im Rahmen seiner Genesung sich wieder stärker der römisch-katholischen Religion, dem Glauben seiner Eltern, zugewandt hat.

Es ist auffällig, wie selten der Autor seine Sexualität erwähnt. Lediglich teilt er mit, daß er in der Zeit, als seine Symptome am heftigsten waren, sexuell nicht aktiv war. Obwohl er an anderer Stelle sehr offen über sich berichtet, findet sich nicht einmal ein allgemeiner Hinweis auf sein Sexualleben nach der Genesung. Es bleibt offen, ob der Autor, der ja in eigener Praxis “eklektisch” vor allem auch mit Eßgestörten arbeitet, absichtlich oder unbewußt diese Thema gemieden hat.

Eigene Patienten

Im folgenden werden aus dem stationären Klientel der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Benjamin Franklin der Freien Universität Berlin die Krankengeschichten eines Mannes mit Bulimia nervosa (BN) und eines Mannes mit Anorexia nervosa (AN) nach DSM III-R (American Psychiatric Association 1987) vorgestellt. Von den 1117 Männern und Frauen, die hier von November 1978 bis zur Schließung der Bettenstation im Dezember 1997 stationär psychosomatisch behandelt wurden, wiesen 132 (11,8%) eine Anorexia nervosa (AN) und 112 (10%) eine Bulimia

nervosa (BN) nach DSM-III R auf. Während der Anteil von Männern unter den nicht eßgestörten Patienten 36,4% (N=318) betrug, lag er bei Patienten mit AN bei lediglich 3,8% (N=5) und bei Patienten mit BN bei 4,5% (N=5). Die beiden unten geschilderten Fallberichte betreffen zwei Patienten aus der Gruppe männlicher Eßgestörter, die in Tabelle 1 aufgelistet ist. Auswahlkriterium für die Fallbeschreibungen war die möglichst lange Nachbeobachtungszeit.

Tab. 1: Von insgesamt 132 stat. Eßstörungspat. (zw. 1978 u. 1997) waren 10 (3,8%) Männer

Pat.Nr.	Alter/J. Bhdl.beginn	Alter/J. Kh.-beginn	Persönlichk. -störung	Besonderheiten
BN202	33	31	ja	regelm. illeg. Drogen
BN351*	48	36	ja	Alkoholabusus;
BN424	23	21	ja	unkl. sex. Orient.
BN737	20	18	ja	-
BN804	30	22	nein	Alkoholabusus
AN274	40	38	nein	-
AN279	34	33	nein	-
AN623	21	18	nein	Leistungssport
AN700*	29	24	ja	Alkoholabusus
AN999	34	33	ja	unkl. sex. Orient.

1. Fallbericht

Symptomatik:

Der 29 jährige Patient wurde hausärztlicherseits in der Psychosomatischen Poliklinik vorgestellt, nachdem sukzessive innerhalb der letzten 10 Jahre ein schleichender Gewichtsverlust aufgetreten war (von 84 kg auf mittlerweile 57 kg bei 1,79 m

Körpergröße). Insbesondere während der letzten 2 Jahre vor der poliklinischen Vorstellung sei der Gewichtsverlust von 67 auf 57 kg von statten gegangen, ohne daß der Patient sich das erklären konnte und ohne daß eine körperliche Ursache nachweisbar gewesen wäre.

Im ersten Gespräch wirkte der Patient zierlich. Er war sehr bemüht, sich in ein gutes Licht beim Untersucher zu rücken. Er sprach relativ leise und war freundlich zugewandt. Er beschrieb sich selber als "kleinen Perfektionisten" und als jemanden, der "seiner Zeit voraus" sei. Gegenüber seiner tatsächlichen Lebenssituation fiel aber eine deutliche Tendenz zur Verleugnung der Wirklichkeit auf: Er hatte einen sozialen Abstieg hinter sich (war gelernter Koch und arbeitete nun als Hilfskraft bei der Stadtreinigung), bezeichnete sich aber als "Endsorgungsspezialist". Im Gespräch zeichnete sich auch nicht ab, daß er sich selber in irgend einer Hinsicht ändern wollte.

Die letzte Phase des Gewichtsverlustes von 10 kg fiel in eine Zeit, als der Patient nach Eingehen einer neuen Partnerschaft Vater geworden war. In dieser Phase habe (nach Angaben des Patienten) seine eigene Mutter versucht, diese neue Bindung in Frage zu stellen, indem sie das Gerücht verbreitet habe, daß er bereits Kinder mit anderen Frauen habe. Er selber meinte dazu, daß ihm "nicht bewußt" sei, daß er anderweitig Vater sei. Dieser Umstand konnte im übrigen in der 4-wöchigen stationären Behandlung nicht geklärt werden (!).

Für die Zeit vor der stationären Behandlung räumte der Patient auch ein, immer weniger gegessen zu haben, ohne es recht zu merken.

Zur Lebensgeschichte:

Patient wuchs in einem Dorf in Bayern auf mit 3 Geschwistern (Schwester +7 Jahre, Bruder +4 Jahre, eine behinderte Schwester -1 Jahr). Er sei "tot geboren" worden und habe längere Zeit auf der pädiatrischen Intensivstation liegen müssen. Er habe aber keinen Schaden davongetragen. Er hatte die Vorstellung, daß durch seine Geburt die später geborene jüngere Schwester geistig und körperlich behindert sei. Eigentlich habe Mutter zu diesem Zeitpunkt keine Kinder mehr bekommen sollen und es sei im Grunde unverantwortlich von ihr gewesen, das Kind (seine behinderte Schwester) noch auszutragen.

Die Mutter (+25 Jahre) sei materiell eingestellt gewesen, was er "auf den Tod nicht leiden" könne. Sie habe immer nur Geld von den Kindern haben wollen und selber "nichts mehr für die Kinder übrig" gehabt. Sie sei sehr geizig gewesen und er habe kein gutes Verhältnis zu ihr gehabt. Sie sei auch wenig zu Hause gewesen, sei sehr streng gewesen, habe hart gestraft, auch geschlagen und oft Hausarrest verhängt.

Der Vater (+26 Jahre) sei bei einem Autounfall auf dem Weg zu seiner Zimmermannsarbeit verstorben, als der Patient 5 Jahre alt war. Er könne sich nur noch schwach an ihn erinnern, Vater sei aber "ein Pfundskerl" gewesen - das jedenfalls habe er immer über ihn sagen hören.

Patient habe immer auf seine behinderte Schwester aufpassen müssen, sie überall mit hinnehmen müsse. Er habe die Schwester immer als Vorwand benutzen können, das Haus zu verlassen. Auf diese Weise sei er "nicht so oft zu Hause" gewesen.

Als der Patient 10 Jahre alt war, habe die Mutter einen Freund gehabt, der mehrfach straffällig gewesen sei und alkoholkrank.

Der Patient absolvierte dann einen Kochlehre, ging danach zur Bundeswehr. Mit 17 Jahren habe er zu einer gleichaltrigen Freundin eine 3 1/2-jährige Beziehung gehabt, habe sich sehr wohl in deren Familie gefühlt, die er als Ersatz für die fehlende eigene Familie erlebt habe. Von der Mutter hatte er zu diesem Zeitpunkt eine Halbwaisenrente eingeklagt.

Nach dem Ende dieser Partnerschaft habe er sehr viel dem Alkohol zugesprochen, viel geraucht, und im übrigen bei einer Anstellung als Koch in Österreich eine Art "Hippie-Leben" geführt. Mit 23 Jahren sei er dann nach Berlin gezogen und habe die Beziehung zu seiner jetzigen Ehefrau begonnen. Die brachte einen 6-jährigen Sohn mit in die Partnerschaft und wenig später sei sie vom Patienten schwanger geworden.

Zur diagnostischen Einschätzung:

Bei diesem Patienten wurde von einer atypischen Anorexia nervosa ausgegangen. Das Gewichtskriterium war erfüllt, ebenso das reduzierte sexuelle Interesse im Gefolge der zunehmenden Gewichtsabnahme nach der Geburt seines Sohnes. Es fand sich auch eine deutliche Körperwahrnehmungsstörung, jedoch bestritt der Patient, daß er Angst vor dem Dickwerden habe.

Zusätzlich gingen wir aber auch von dem Vorliegen einer narzißtischen Neurose aus: Die Inkonstanz bzw. die Brüchigkeit der Objektbeziehungen in der frühen Kindheit und die vom Patienten als lieblos geschilderte familiäre Atmosphäre führte dazu, daß er sein

Kleinheitserleben im Rahmen einer Selbstwertproblematik immer wieder auch durch Größenphantasien zu kompensieren suchte. Daneben blieb eine große orale Bedürftigkeit, die in zuvor nie befriedigten Nähewünschen ihre Ursache hatte und in der hilflosen und teilweise rigide gestalteten Kontaktsuche gegenüber anderen Menschen seinen Ausdruck fand.

Verlauf der 4-wöchigen, stationären Behandlung:

Die Indikation für diese Behandlung wurde deswegen gestellt, weil der Patient selber keinerlei Motivation für eine ambulante Therapie hatte und durch eine intensive stationäre Behandlung überprüft werden sollte, inwieweit diese Motivation überhaupt geschaffen werden kann.

Während der stationären Behandlung fiel die erhebliche Kontaktstörung des Patienten auf, die hinter seiner fassadenhaften Bemühung, ein Bild von sich im Sinne der sozialen Erwünschtheit zu entwerfen, in den Vorgesprächen schon im Ansatz sichtbar geworden war. Frühe Abwehrmechanismen wie Projektion, Spaltung und Verleugnung wurden jetzt im Behandlungskontext viel deutlicher: So begrüßte er in der ersten Gruppensitzung die Mitpatienten mit einem "fröhlichen guten Morgen" und wunderte sich über das Ausbleiben einer Reaktion. Es gelang auch nicht, eine von ihm in Anspruch genommene Tagesgeldversicherung zu problematisieren und hier unterwarf er sich seiner Frau, die dieses Geld einforderte. Er spürte auch nichts von der Feindseligkeit, mit der er anderen gegenübertrat, diese zurückwies; er wunderte sich dann, daß er "so schlecht ankommt". In den beiden Paargesprächen, die zusammen mit seiner Frau und dem jüngeren Kind geführt wurden, wurde deutlich, daß auf seiten der Ehefrau mit ein wesentlicher Grund für die Ehe darin lag, daß sich der Patient spontan gut mit ihrem damals 10-jährigen Sohn

aus einer früheren Beziehung verstand. Im Hinblick auf den 3-jährigen gemeinsamen Sohn fiel auf, daß sich das Kind quasi zwischen die Eheleute stellte und in Anwesenheit des Kindes eine direkte Kontaktaufnahme zwischen den Eheleuten gar nicht möglich war. Die Eheleute wurden beständig durch das Kind von einer Kommunikation miteinander abgehalten. Es geschah dabei, daß wichtige Mitteilungen an den jeweiligen Partner zwar ausgesprochen wurden, nicht jedoch von dem anderen aufgenommen werden konnten. Im übrigen stand die Ehefrau des Patienten einer Psychotherapie sehr skeptisch gegenüber, war vielmehr von der körperlichen Verursachung seiner Gewichtsabnahme überzeugt.

Während des stationären Aufenthaltes ist es auch zu einzelnen Alkoholexzessen des Patienten gekommen. Es gab weitere Hinweise für selbstschädigendes Verhalten in der Jugend des Patienten: Befragt nach dem Grund verschiedener Narben im Bereich seiner Arme und Bein war zu erfahren, daß zahlreiche Moped-Unfälle vor dem 20. Lj. des Patienten hierfür verantwortlich seien. Diese Unfälle waren von ihm selber verursacht worden.

Wegen der vorhandenen Tagegeldversicherung und dem Umstand, daß der Patient kaum von dem Behandlungsangebot profitieren konnte, wurde die Behandlung nach 4 Wochen beendet. Ein ambulantes Betreuungsangebot bzw. eine Therapievermittlung konnte der Patient nicht annehmen.

Nachuntersuchung:

Ein Jahr bzw. zwei Jahre nach Abschluß der stationären Behandlung wurde der Patient zu Gesprächen eingeladen. Bei dem ersten poststationären Gesprächskontakt hatte sich wenig in seinem Leben verändert, das Gewicht war bei 60 kg konstant geblieben, die

Eheschwierigkeiten hatten allerdings zugenommen. Mit seiner eigenen Mutter verstand er sich wieder gut und mittlerweile war auch ein engerer Kontakt mit deren Freund vorhanden.

Beim zweiten Katamnesetermin - 2 Jahre nach Abschluß der stationären Behandlung - hatte sich die Situation jedoch dramatisch verändert: Der Patient hatte sich auf Wunsch seiner Ehefrau einer sterilierenden Vasektomie unterzogen. Die Partnerschaft hatte sich - für den Pat. ohne ersichtlichen Grund - akut verschlechtert und sexuelle Begegnungen fanden nur noch sehr selten statt. Er berichtete, daß seine Frau gehe fast jeden Abend ohne ihn ausgehe und dann erst in den frühen Morgenstunden nach Hause komme. Sie mache sich vor dem Weggehen abends schön. Der Patient nahm alles kommentarlos hin und paßte auf die Kinder auf. Außerdem war zu diesem Zeitpunkt seine Frau im 4. Monat schwanger, und der Patient treibt seine Verleugnung so weit, daß er meint, daß seine Sterilisation u. U. operativ nicht gut gelungen sei.

Bei diesem Gespräch erscheint er auch mit einem deutlichen foetor alcoholicus und machte vom Gesamtbild her einen desolaten Eindruck. Beim Untersucher entstanden große Sorgen im Hinblick auf den weiteren Verlauf des Patienten. Aber der erneute Versuch, ihn psychotherapeutisch in eine - mindestens stützende - Betreuung einzubinden, gelang nicht, weil der Patient den Kontakt endgültig abbrach.

2. Fallbericht

Zur Symptomatik:

Der seinerzeit 47-jährige, etwas adipöse, Patient wurde uns von der Neurologischen Poliklinik unseres Hauses vorgestellt, nachdem er dort über Eßattacken mit folgendem

selbstinduziertem Erbrechen berichtet hatte. Die neurologische Abklärung fand statt, weil der Patient seit Jahren unter ischialgieformen Beschwerden litt, für die es aber kein ausreichendes organisches Korrelat gab. Wegen mehrerer anderer Beschwerden bzw. Leiden hatte der Patient zu diesem Zeitpunkt einen Antrag auf Berufsunfähigkeit eingereicht: Am linken Auge war eine Laserbehandlung wegen Netzhautablösung durchgeführt worden, außerdem bestand eine Hypertonie bei mäßiger Adipositas und eine Varikosis an beiden Beinen.

Wegen rezidivierender aggressiver Durchbrüche, die gelegentlich auch mit gewalttätigen Übergriffen einhergingen, war der Patient 7 Jahre zuvor tiefenpsychologisch fundiert (einzeltherapeutisch) - im Hinblick auf die Wutausbrüche erfolgreich - behandelt worden. Ein seinerzeit bestehendes Alkoholproblem verschwand ebenfalls unter dieser Behandlung, jedoch kam es zu einem Syndrom-Shift: Noch unter der Therapie entwickelte der Patient sein bulimisches Eßverhalten, ohne darüber in der Behandlung zu sprechen.

Vor Beginn dieser ambulanten Psychotherapie wurde die erste Ehe des Patienten geschieden, aus der eine gemeinsame Tochter hervorgegangen war.

Zum Zeitpunkt der Erstvorstellung in unserer Poliklinik war der Patient seit 5 Jahren erneut verheiratet. Zuletzt hatte er zusammen mit seiner zweiten Frau ein Speiserestaurant betrieben, das er aber wegen zu geringer Einnahmen aufgeben mußte. Seither lebte er überwiegend auf Kosten seiner Ehefrau, die als Serviererin arbeitete.

Da zum Zeitpunkt der Erstvorstellung der Rentenantrag noch nicht entschieden war,

verabredeten wir mit dem Patienten weitere, ambulante Beratungsgespräche, um dann nach Abschluß des Rentenverfahrens zu einer gemeinsamen Entscheidung mit dem Patienten zu kommen, ob eine Psychotherapie sinnvoll sei und von welcher Therapie er gegebenenfalls profitieren könnte. Wir verabredeten (nach seinem positiven Rentenbescheid) dann die stationäre Aufnahme für insgesamt 3 Monate.

Zur Lebensgeschichte:

Der Patient wurde kurz vor Ausbruch des zweiten Weltkriegs in Berlin geboren. Seine Mutter (+ 28 Jahre) war wie die Großmutter mütterlicherseits Jüdin und war mit einem Deutschen Soldaten verheiratet. Die Großmutter mütterlicherseits kam im KZ um und die Eltern ließen sich unmittelbar nach der Geburt des Patienten scheiden. Sowohl dem Untersucher als auch dem Patienten war es bei der weiteren Schilderung der Lebensgeschichte unmöglich, zu entscheiden, welche Mitteilungen aus Erzählungen der Mutter stammen und was der Patient selber erlebt hat.

Mutter berichtete wohl, daß sie den Vater des Patienten "zum Teufel gejagt" habe und der Patient weint an dieser Stelle. Er entwickelte eine Vorstellung, daß Vater wohl tot gewesen sein müsse, denn sonst hätte er seinen Sohn gesucht. 15 Jahre später - nach Abschluß verschiedener therapeutischer Maßnahmen - erfährt der Patient von seiner Mutter erstmals, daß der leibliche Vater bis 1980 am Leben gewesen sei, was bei dem Patienten eine schwere Krise auslöste.

Die Mutter des Patienten wird als "lebenslustig, korrekt, sorgfältig, selbstbewußt und gutaussehend" geschildert. Die Frage, ob sie ihm Nestwärme und Liebe vermittelt habe, wird entschieden und ohne Überlegung verneint. Essen habe es immer reichlich gegeben,

aber Mutter habe ihn oft sich selber überlassen. Nur wenn die Sirenen kamen (Luftangriffe) sei Mutter da gewesen. Er sei viel alleine gewesen, habe viel Angst gehabt ("erst kam die Angst, dann meine Mutter"). Beim Alleinesein habe er auch häufig eingekotet. Der Patient schildert, daß Mutter verschiedene Männerbekanntschaften gehabt habe, offenbar auch zur politischen Prominenz. Dadurch sei er und seine Mutter geschützt gewesen.

Nach dem Kriege habe seine Mutter einen Bäcker geheiratet und der Patient betont an dieser Stelle erneut, daß er nie Hunger und Durst haben mußte. Mutter habe ihn eher noch geschlagen, wenn er nicht alles aufgegessen habe.

3 Tage vor Kriegsende sei er noch eingeschult worden bzw. dann erneut nach einer Unterbrechung 4 Wochen später. Er schildert dann innerhalb Berlins einen häufigen Ortswechsel, was ein erster Hinweis auf eine gewisse Objektinkonstanz ist: " Im Osten mußte ich Russisch - im Westen Englisch lernen!". Er sei immer "sehr dumm" gewesen und nur durch Bestechung seitens des Stiefvaters (Brot gegen gute Noten) sei er so durch die Schule "durchgezogen" worden. In der Schule habe er sehr oft Angst gehabt, den Leistungsanforderungen nicht genügen zu können. Z.B. habe er immer sein Geburtsdatum vergessen. Andererseits sei er ein sehr aggressives Kind gewesen und habe schnell von sich aus Gewalttätigkeiten angefangen. Erst im 13. Lebensjahr sei er auf einen stärkeren Mitschüler gestoßen, danach habe die Gewalttätigkeit "plötzlich" aufgehört. Die Entscheidung, Koch zu lernen, sei vom Stiefvater getroffen worden.

Zur sexuellen Entwicklung:

Diese Schilderung klingt teilweise etwas infantil und bizarr: "Die Sexualität ist sehr gut!

Ich onaniere, seit ich die Pubertät überwunden habe". Im 7. Lebensjahr habe das Hausmädchen (bekleidet) rittlings über seine Genitalien gesessen, was ihm gefallen habe. Bis zum 20. Lebensjahr sei er sehr oft mit verschiedenen Frauen zusammen gewesen. Entweder sei es dabei zum frühzeitigen Erguß gekommen, oder er habe sein Glied nur am Unterleib der Frau gerieben. Seit dem ca. 20. Lebensjahr habe er dann richtigen Geschlechtsverkehr gehabt. Reifere Frauen hätten ihm nach und nach gezeigt, wie richtige Sexualität gehe. Patient meint: "Ich fing an, eine Frau richtig zu behandeln - von oben bis unten". Und: "Heute bin ich der Perfekte". Während der Pubertät (im 15. und 18. Lebensjahr) habe er auch homosexuelle Kontakte gehabt und seinerzeit auch (vergeblich) auf Geld von den ihn ansprechenden Männer gehofft.

Seine erste Ehe, die er im 25. Lebensjahr schloß, wurde 3 Jahre später wegen seiner Alkoholproblematik und wegen der aggressiven Übergriffe geschieden.

Zur diagnostischen Einschätzung:

Sämtliche diagnostischen Bulimie-Kriterien waren bei diesem Patienten erfüllt. Daher wurde trotz des relativ fortgeschrittenen Alters bei Beginn der Eßstörung von einer typischen Bulimia nervosa ausgegangen. Es fiel auf, daß die frühkindliche Entwicklung nur zur unvollständigen Ausbildung tragender bzw. stabilisierender innerer Objekte geführt hatte. Die Ursache konnte in einer Inkonstanz von Beziehungspersonen bzw. der Lebenssituation in der Kindheit gesehen werden, die durch staatlich organisierten Terror gekennzeichnet war. Dieser staatliche Terror brach auch in das ohnehin sehr brüchige Familienleben des patienten ein (Ermordung der Großmutter im KZ). Nicht abweisbare Angst gehörte so gesehen zu den frühesten persistierenden Erlebnissen. Die Versorgung mit Nahrung dagegen war nie gefährdet. Zur Identifikation oder zum reifen (ichgerechten)

Konkurrieren mit männlichen Vorbildern ist es nie gekommen, da auch hier keine äußere Objektkonstanz bestand. So gesehen war auch eine aus den inprojizierten äußeren Objekten entstandene Selbstrepräsentanz nur unvollständig ausgebildet und die aggressiven Durchbrüche (z.B. gegenüber der ersten Ehefrau) sind ein Hinweis darauf, daß dem Patienten eine angemessene Steuerung aggressiver Impulse nicht gelang. Die ungesteuerte, primärprozeßhafte und narzißtische Wut, die hier zum Vorschein kam, speiste sich wahrscheinlich aus einer tiefsitzenden Verlustangst, und mußte immer wieder der Stabilisierung des brüchigen Selbst dienen.

Auffällig war nun die Symptomverschiebung, wobei Alkoholkonsum und Aggressivität sich besserten, dafür aber die Bulimie neu auftrat.

Zum Verlauf:

Insgesamt läßt sich bei diesem Patienten ein Verlauf von mehr als 15 Jahren beschreiben, bei dem es intermittierend zu psychotherapeutischen Interventionen kam. Am Anfang stand die 1-jährige, analytisch fundierte Einzeltherapie, bei der es zur Symptomverschiebung von Alkoholkonsum und Aggressivität hin zur Bulimie kam. Die zweite therapeutische Maßnahme war dann sieben Jahre später unter stationären Bedingungen (tiefenpsychologisch orientiert mit verhaltensmodifikatorischen Elementen). Von dieser Maßnahme konnte der Patient profitieren, es kam auch zur verstärkten Außensteuerung seines Eßverhaltens und der Patient konnte in angemessener Weise sein Gewicht reduzieren und stabilisieren. Er nahm ambulant im weiteren Verlauf an einer Selbsthilfegruppe teil, zu der er dann den Kontakt aber zunehmend lockerte und dann auch ein Rückfall in sein altes Eßverhalten stattfand.

Bei einem zweiten stationären psychosomatischen Aufenthalt in einer anderen Klinik, deren therapeutische Orientierung wie in der ersten Klinik tiefenpsychologisch war, kam es wiederum zur passageren Besserung; allerdings standen hier auch nun mittlerweile aufgetretene schwere Partnerschaftskonflikte im Focus der Therapiemaßnahmen. Im weiteren Verlauf wandte sich der Patient erneut an unsere Poliklinik, wo ihm in größeren Zeitabständen Beratungsgespräche angeboten wurden. Mit zunehmender Tendenz seiner Ehefrau, sich von ihm zu trennen, wurden die bulimischen Attacken wieder heftiger und zwischenzeitlich auch abgelöst von vermehrtem Alkoholkonsum. Der Patient wurde dann in einer verhaltenstherapeutischen Klinik überwiesen, in der das Alkoholproblem erfolgreich therapiert wurde, jedoch die bulimische Symptomatik wieder stärker hervortrat. Im Anschluß daran wurde erneut mit dem Patienten eine mehr als 1-jährige tiefenpsychologisch fundierte ambulante Einzeltherapie durchgeführt.

In dieser Therapie verschwand die bulimische Symptomatik - für die Dauer der Psychotherapie! - nach zwei Monaten völlig, ohne daß das Alkoholproblem symptomatisch wieder in den Vordergrund rückte. Die wöchentlich einmal stattfindenden Therapiesitzungen vermittelten ihm Halt und Orientierung und er fühlte sich weniger alleine gelassen in den Zeiten der Abwesenheit seiner Frau. Der Patient konnte sich im weiteren Verlauf auch intensiv mit seiner Lebensgeschichte befassen. Dabei wurde noch einmal deutlich, wie brüchig seine Identität als Mann war. Erstmals tauchten Phantasien auf, Sex mit Kindern zu haben, die jedoch in keinem Fall agiert werden mußten. Sie korrelierten mit dem Auftauchen von Erinnerungen an jüdische Nachbarskinder, die dann "plötzlich verschwunden" waren. Diese ängstigenden Verlustsituationen wurden seinerzeit vom Patienten - notgedrungen - verleugnet und trugen mit dazu bei, die äußere Wirklichkeit für ihn auch im späteren Leben immer wieder als unsicher bzw. unwirklich

erscheinen zu lassen. 2 Jahre nach Abschluß dieser letzten Therapiemaßnahme wurde mit dem Patienten erneut Kontakt aufgenommen. Er befand sich in einer Art Dauerkrise, war mittlerweile 62 Jahre alt und hatte sich auf sein bulimisches Verhalten eingestellt: Das Frühstück konnte er behalten, abends fand immer wieder - besonders beim Alleinesein - Erbrechen statt. Der Kontakt mit seiner Frau ist immer reduzierter geworden, Sexualität findet überhaupt nicht mehr statt. Er kümmert sich um den Hund eines Nachbarn, der so eine Art "Lebensgefährtin" für ihn geworden ist. Er hat das Gefühl, nicht mehr zu wissen, wohin er gehört. So habe er sich an die Jüdische Gemeinde gewandt, um dort Mitglied zu werden, aber er sei sich auch nicht darüber im klaren, ob das für ihn stimme. Er bemüht sich um eine Art aktive Symptomisierung, wenn er sagt: "Erbrechen ist für mich ein Notbehelf gegen die Fülle von Eindrücken, die mein Bauch nicht mehr behalten kann".

Diskussion

Bei den Fallgeschichten beider Patienten handelt es sich letztlich um Verläufe, bei denen die therapeutischen Interventionen nicht erfolgreich verliefen. Bei beiden Patienten haben lebensgeschichtliche Ereignisse bzw. aktuelle psychosoziale Lebensumstände in einer Weise zusammenwirkt, daß ein Bedingungsgefüge entstanden ist, das prädisponierend für einen chronischen Verlauf war. Allenfalls bei dem oben dargestellten BN-Patienten wird man bei wohlwollender Beurteilung des Verlaufes sagen können, daß eine relative Stabilisierung bzw. die Verhinderung einer weiteren Verschlechterung des Krankheitsbildes erreicht wurde.

Das Verständnis von "Chronizität" als "langsamer, schleichender Krankheitsverlauf" erscheint gerade bei diesen beiden Patienten als eine starke Vereinfachung und schließt die dynamischen Aspekte der Erkrankung selber überhaupt nicht ein (im Gegensatz dazu

die Primär chronische Polyarthrit in der Inneren Medizin). Auf die Problematik des Begriffes "Chronizität" haben vor allem Potreck-Rose u. Koch (1994) hingewiesen.

Nicht immer sind Therapiemaßnahmen bei eßgestörten Männern so unwirksam wie bei den hier dargestellten Patienten. So schilderte Haisch (1991) einen wirklich aufsehenerregenden Erfolg bei einem 29 jährigen Landwirt, der seit dem 14. Lebensjahr unter einer AN litt. In nur sechs Monaten gelang diesem Mann eine völlige Veränderung seiner Lebensverhältnisse und seines Lebensstiles. Das schloß das sexuelle Interesse und die erfolgreiche Familiengründung mit ein. Die Schriftleitung des publizierenden Journals bemerkte in einem Kommentar zu diesem Fallbeispiel, daß der therapeutische Erfolg sich parallel zur Verbesserung der therapeutischen Beziehung eingestellt hatte.

U.U. ist hier eine Schlüsselvariable für die psychotherapeutische Erfolgschance beschrieben: die Fähigkeit tragende Objektbeziehungen - innerhalb der Therapie als "helpful alliance" im Sinne von Luborsky (1988) - herzustellen. Das gelang nämlich in dem Fall des oben geschilderten AN-Patienten gar nicht und im Falle des BN-Patienten nur zum Teil - nämlich als eine Art Inanspruchnahme des Therapeuten als äußeres, steuerndes Objekt. Beziehungsfähigkeit und Fähigkeit zur Gestaltung einer Beziehung drücken sich selbstverständlich auch in der Potenz aus, sexuelle Kontakte anzuknüpfen und aufrecht zu erhalten, was beiden Patienten nur rudimentär und zeitlich befristet gelang.

Darüber hinaus wird man fragen können, inwieweit vorwiegend regressive oder vielmehr defizitär-strukturelle Momente ursächlich für die komplexe Phänomenologie des Syndromes "Eßstörung" eine Rolle spielen.

Wie eingangs erwähnt, lassen auch diese Fallbeispiele selbstverständlich keine Verallgemeinerungen hinsichtlich der Einschätzung der Pathologie eßgestörter Männer (im Vergleich zur Pathologie eßgestörter Frauen) zu. Aber immerhin zeigen diese Beispiele, selbst unter Berücksichtigung der ggf. vorhandenen Selektionseffekte, womit man auch bei eßgestörten Männern rechnen muß. Ob die psychopathologische Phänomenologie eßgestörter Männer eine gänzlich andere als die eßgestörter Frauen ist, wird man bezweifeln können. So bleibt die Frage unbeantwortet, unter welchen spezifischen Bedingungen Männer an einer klassischen Frauenkrankheit zu leiden beginnen; dennoch sind die Fallbeschreibungen männlicher Eßgestörter wertvoll, weil sie ein Licht auf geschlechtsspezifische kulturelle Faktoren werfen, die prädisponierend oder protektiv im Hinblick auf die Entwicklung von Eßstörungen sein können.

Literatur:

- American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed revised. Washington D.C., American Psychiatric Association, 1987
- Carlat, D.J.; Camargo, C.A.; Herzog, D.B.: Eating disorders in males: A report on 135 patients. *Am. J. Psychiatry* 1997; 154:1127-1132
- Haisch, I.: Fallbericht einer männlichen Anorexie. *Psychother.Psychosom.* 1991; 36:45-49
- Herpertz, S.; Kocnar, M.; Senf, W.: Bulimia nervosa beim männlichen Geschlecht. *Z. psychosom. Med.* 1997; 43:39-56
- Kearny-Cooke, A.; Steichen-Asch, P.: Men, body image and eating disorders. In: Anderson AE (ed) *Males with eating disorders*. New York: Brunner & Mazel, 1990:54-74
- Köpp, W.; Jacoby, G.E.: Der frühe Psychotherapieabbruch eßgestörter Männer und Frauen in der stationären Psychotherapie. *Psychologie in der Medizin* 1994; 5:24-29
- Luborsky, L.: *Einführung in die analytische Psychotherapie*. Berlin, Springer 1988
- Potreck-Rose, F.; Koch, U.: *Chronifizierungsprozesse bei psychosomatischen Patienten*. Stuttgart: Schattauer, 1994
- Robinson, P.H., Holden, N.L.: Bulimia nervosa in the male: a report of nine cases. *Psychol. Med.* 1986; 16:795-803
- Tabin, C.J.; Tabin, J.K.: Bulimia and anorexia: Understanding their gender specificity and their complex symptoms. In: Schwartz HJ (ed) *Bulimia: Psychoanalytic treatment and theory*. Madison: International University Press, 1990:173-226
- Wilps, R.F.: Male bulimia nervosa: An autobiographical case study. . In: Anderson AE (ed) *Males with eating disorders*. New York: Brunner & Mazel, 1990:9-29

Legende Tabelle 1:

1978-1997 stationär behandelte Männer mit Eßstörungen (BN=Bulimia nervosa; AN=Anorexia nervosa; klassifiziert n. DSM-III-R); *: Kasuistik in dieser Arbeit dargestellt;