

Ralph Grabhorn¹
Werner Köpp²
Inez Gitzinger³
Jörn von Wietersheim³
Johannes Kaufhold¹

Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Patienten mit einer Essstörung

Ergebnisse der multizentrischen Essstörungsstudie (MZ-Ess)

*Differences between Female and Male Patients with Eating Disorders
Results of the Multicenter Study on Eating Disorders (MZ-Ess)*

Zusammenfassung

Publikationen über essgestörte Männer sind noch immer selten, so dass es bei der gegenwärtigen Befundlage sinnvoll erscheint, die sich empirisch zeigenden Unterschiede wie auch die Gemeinsamkeiten zwischen den Geschlechtern genau zu prüfen. Basierend auf einer für die stationäre Psychotherapie repräsentativen Stichprobe werden deshalb im Folgenden männliche und weibliche Essgestörte anhand von demografischen und klinischen Variablen (Symptomatik und Persönlichkeit) sowohl zu Behandlungsbeginn als auch 2¹/₂ Jahre nach der stationären Behandlung verglichen und die Befunde im Hinblick auf deren „Geschlechtsspezifität“ diskutiert. In der Studie wurden 1171 Patientinnen/en mit den Diagnosekriterien für Anorexie, Bulimie und Doppeldiagnose nach DSM-III-R erfasst; davon waren 33 Männer. Diejenigen Patienten mit Anorexien (342 Frauen und 13 Männer) und Bulimien (629 Frauen und 18 Männer) wurden zu Behandlungsbeginn mit folgenden Instrumenten verglichen: Symptom-Checkliste 90-R; Eating-Disorder-Inventory; Fragebogen zur Symptomdiagnose von Essstörungen; Freiburger Persönlichkeitsinventar und Narzissmus-Inventar. Als Erfolgsmaß in der 2,5-Jahres-Katamnese (764 Frauen und 20 Männer) wurden operationalisierte Kriterien anhand des LIFE definiert. Der Anteil von 2,8% stationär behandelten essgestörten Männern bestätigt erneut die Besonderheit dieses Krankheitsbildes für Männer. Ein interessantes Ergebnis ist der spätere Krankheitsbeginn der männlichen Anorexien. In Übereinstimmung mit vergleichbaren

Abstract

Publications about men with eating disorders are still rare. Therefore, in view of the current status of the findings, it seems worthwhile to examine the differences that are empirically verified as well as the relevant common features between the sexes. Based on a representative sample, therefore, male and female patients with eating disorders in inpatient treatment are compared in terms of demographic and clinical variables (symptoms and personality), both at the beginning of treatment and two-and-a-half years after the inpatient treatment, and the findings are discussed with regard to their „gender specificity“. The study covered 1171 patients (male and female) with the diagnosis criteria for anorexia, bulimia and double diagnosis according to DSM-III-R; 33 of them were men. Anorexia cases (342 women and 13 men) and bulimia cases (629 women and 18 men) were compared at the beginning of treatment with the following instruments: Symptom Checklist 90-R; Eating Disorder Inventory; questionnaire for the symptom diagnosis of eating disorders; Freiburger Persönlichkeitsinventar und Narzissmus-Inventar. As a measure of success in the 2.5 year catamnesis (764 women and 20 men), operationalized criteria were defined using the LIFE. The 2.8% share of men with eating disorders in inpatient treatment again confirms the special nature of this clinical disorder for men. An interesting result is the later onset of illness in male anorexia cases. Coinciding with comparable studies, there are only minor differences in eating behavior, but the differences in body expe-

Institutsangaben

¹ Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt am Main

² Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Steglitz der Freien Universität Berlin

³ Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin der Universität Ulm

Hinweise

Gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (FKZ: 01EN9410)

Korrespondenzadresse

Dr. med. Dipl.-Psych. Ralph Grabhorn · Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Haus 17) · Theodor-Stern-Kai 7 · 60590 Frankfurt a.M.

Eingegangen: 21.1.2002 · Angenommen: 13.5.2002

Bibliografie

Psychother Psych Med 2003; 53: 15–22 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 0937-2032

Studien sind die Differenzen im Essverhalten gering, deutlich ausgeprägter aber im Körpererleben. Bei den bulimischen Männern ist der Anteil an Homosexuellen erhöht und sie sind mit ihrem Körper zufriedener. Anorektische Männer haben einen größeren Krankheitsgewinn, ausgeprägtere Gesundheitsorgen und eine geringere Leistungsorientierung als weibliche Anorexien. Die gefundenen Unterschiede legen nahe, diese insbesondere im Bereich des Umgangs mit dem Körper sowie der Bedeutung des Körpers zu suchen. Die Ergebnisse im Bereich der Persönlichkeit und der sexuellen Identität sind unter anderem deshalb interessant, weil sie auf durchaus bedeutsam erscheinende Unterschiede nicht nur zwischen den Geschlechtern, sondern auch zwischen männlicher Anorexie und Bulimie hinweisen.

Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Patienten mit einer Essstörung – Ergebnisse der multizentrischen Essstörungsstudie (MZ-Ess)

Seit langem gelten Anorexia und Bulimia nervosa als typische Frauenkrankheiten in den hochentwickelten Industriestaaten. Die Prävalenz bei Frauen zwischen dem 15. und 35. Lebensjahr wird mit ca. 1% für die Anorexia nervosa und ca. 4% für die Bulimia veranschlagt (z.B. [1]). Der Anteil von Männern bei Essstörungen soll deutlich unter 10% liegen [2,3].

Publikationen über essgestörte Männer sind noch immer selten. Verschiedene Autoren gehen davon aus, dass bei essgestörten Männern tiefer liegende Grundkonflikte als bei essgestörten Frauen vorliegen und es sich letztlich um eine schwerere Erkrankung handelt [4,5]. Diesbezügliche Überlegungen betreffen Störungen von Selbstwert und Kernidentität [6], eine Störung der geschlechtlichen bzw. sexuellen Identität und soziale Isolation [7,8]. Reich [9] sieht eine ausgeprägte Abhängigkeit von der Mutter im Sinne einer weiblichen Identifikation bzw. eine weitgehend fehlende positive Vateridentifikation und betont gleichzeitig die Bedeutung der real abwesenden Väter. Klinische Studien zeigen, dass bei männlichen Essstörungen ein erhöhtes Risiko für eine Persönlichkeitsstörung [10] oder andere psychiatrische Krankheiten besteht [11–12] und die Betroffenen häufiger mit interpersonellen Problemen belastet sind [13].

Die mittlerweile vorliegenden empirischen Vergleichsstudien zwischen Männern und Frauen gehen von einer ähnlichen bzw. übereinstimmenden Essstörungssymptomatik aus ([3,12]; vgl. Übersicht bei [14]), erbrachten jedoch auch widersprüchliche Ergebnisse: So wurde vereinzelt bei Männern ein früheres Erkrankungsalter gefunden [15,16], während andere Studien ein den Frauen vergleichbares (z.B. [17]) oder sogar späteres Erkrankungsalter beschreiben [2,18]. Obwohl gelegentlich bei Männern auch ein höheres prämorbid Körpergewicht beobachtet wurde [19,2], scheinen sie mit ihrem Körper zufriedener als Frauen und einem geringeren Druck nach Diäten ausgesetzt zu sein [18]. Homosexuelle Männer sind stärker essstörungsgefährdet [20], was mit der erhöhten Bedeutung körperlicher Attraktivität gerade für diese Gruppe in Verbindung gebracht wird [10,14]. Prognostisch wird der Behandlungsverlauf männlicher Essstörungen eher

rience are much more pronounced. In bulimic men, there is a higher percentage of homosexuals and they are more satisfied with their body. Anorectic men have a greater gain from the illness, are more concerned about their health and are less performance-minded than female anorexics. The differences that were found clearly indicate that these occur especially in the area of dealing with the body and the significance of the body. One of the reasons why the results in the area of personality and sexual identity are interesting is that they point to differences which definitely appear to be significant, not just between the sexes, but also between male anorexia and bulimia.

Key words

Anorexia nervosa · bulimia nervosa · gender identity · eating disorders in men

schlechter eingeschätzt [21,22], was sich auch in einer größeren Chronifizierungstendenz und häufigeren Therapieabbrüchen zeigt [23].

In einer vom Bundesforschungsministerium geförderten großen multizentrischen Essstörungsstudie (MZ-Ess), an der zwischen 1993 und 1998 43 Kliniken bundesweit teilnahmen, wurden insgesamt 1171 Patientinnen/en untersucht (vgl. [24]). Um zu theoretisch überzeugenden und empirisch tragfähigen Unterscheidungen zwischen den Geschlechtern zu gelangen, erscheint es bei der gegenwärtigen Befundlage sinnvoll, die in der Literatur wiederholt genannten Unterschiede auf deren „geschlechtsspezifische“ Bedeutung hin genau zu prüfen (s. Tab. 1).

Tab. 1 Zusammenfassung der diskutierten Besonderheiten bei männlichen Essgestörten

Besonderheiten bei männlichen Essgestörten

seltener Laxantien [2]
Krankheitsbeginn: kontroverse Befunde [15, 17, 18]
Adipositas prämorbid beobachtet [2, 19]
ausgeprägtere Selbstwertstörung [6]
erhöhtes Risiko für Persönlichkeitsstörung und psychiatrische Erkrankungen [10–12]
mehr interpersonelle Probleme [13]
weniger Diäten [18]
größere Zufriedenheit mit dem Körper [18]
anderes Körperbild und Schlankheitsideal [10, 14]
erhöhtes Risiko für homosexuelle Männer [20]
Rollen- bzw. Identitätskonflikte [9]
schlechtere Behandlungsprognose [21, 22]

Das Anliegen dieser Arbeit ist es deshalb, stationär behandelte männliche und weibliche Essgestörte anhand von demografischen und klinischen Variablen (Symptomatik und Persönlichkeit) sowohl zu Behandlungsbeginn als auch 2½ Jahre nach der stationären Behandlung zu vergleichen und die Befunde im Hinblick auf deren „Geschlechtsspezifität“ zu diskutieren.

Methodik

Studiendesign und Durchführung

Bei der MZ-Ess handelt es sich um eine naturalistische longitudinale Beobachtungsstudie. In die Studie wurden alle Patientinnen/en eingeschlossen, die beim Erstkontakt die Diagnosekriterien für Anorexie, Bulimie oder beide (AN & BN) nach DSM-III-R erfüllten und mindestens 18 Jahre alt waren (vgl. ausführlich [25]). Bei Behandlungsbeginn und -ende sowie zur 2,5-Jahres-Katamnese wurden die Patientinnen/en anhand einer umfangreichen Fragebogenbatterie zu ihrem körperlichen und psychischen Gesundheitszustand wie ihrer psychosozialen Situation befragt.

Stichprobenbeschreibung

Von den 1171 Patientinnen/en, die die Diagnosekriterien für Anorexie, Bulimie und Doppeldiagnose (nach DSM-III-R) erfüllten, waren 33 Männer. Der prozentuale Anteil männlicher Patienten liegt damit bei 2,8%. Die im Folgenden berichteten Ergebnisse beziehen sich auf den Anteil zu Behandlungsbeginn an Anorexien von 342 Frauen und 13 Männern (3,6%) sowie an Bulimien von 629 Frauen sowie 18 Männern (2,8%). Die Patientinnen/en mit Doppeldiagnose von 167 Frauen und 2 Männern (1,2%) wurden nicht berücksichtigt, um bei den Ergebnissen eine Vergleichbarkeit mit der Hauptstudie zu gewährleisten [25]. In die 2,5-Jahres-Katamnese gingen noch 764 Frauen und 20 Männer ein, was einem Rücklauf von 66,7% entspricht. Die essgestörten Männer, die an der 2,5-Jahres-Untersuchung teilnahmen, unterschieden sich von den Nichtteilnehmern nicht in den demografischen Daten und nur minimal in den untersuchten Variablen bei Therapiebeginn: So war lediglich bei den Teilnehmern die Lebenszufriedenheit im FPI-R (Mann-Whitney, $p = 0,03$) geringer und die Interozeption im EDI (Mann-Whitney, $p = 0,01$) ausgeprägter.

Das Alter (vgl. Tab. 2) der Männer bei Klinikaufnahme ist mit 30,9 Jahren deutlich höher als das der Frauen mit 25,4 Jahren. Der signifikant spätere Krankheitsbeginn ist auf die männlichen Anorektiker zurückzuführen. Die durchschnittliche Krankheitsdauer ist bei den Männern mit 11,7 Jahren ebenfalls ausgeprägter, wobei die bulimischen Männer mit 14,9 Jahren die längste Krankheitsdauer aufweisen. Auch wenn die bulimischen Männer mit 25,2 einen im Vergleich zu den bulimischen Frauen mit 22,5 höheren BMI haben, ergibt sich keine signifikante Geschlechterdifferenz.

Tab. 3 Soziodemografische Charakteristika der Männer und Frauen

	Männer (%)	Frauen (%)	χ^2 -Wert	df	p-Wert
Familienstand					
ledig	30,3	22,1	2,5	1	0,13
verheiratet	69,7	77,9	9,6	1	0,01
Schulbildung					
noch in Schulbildung	0	7,1	12,9	11	0,31
kein Hauptschulabschluss	3	1			
Sonderschulabschluss	3	0,4			
Hauptschulabschluss	30,3	15,2			
Mittlere Reife	24,2	37,8			
Abitur	39,4	38,7			
Beruf					
kein Beruf	0	7,7	7,0	9	0,64
ungelernter Beruf	3,7	1,6			
abgeschlossene Lehre	74,1	73,2			
höherer nicht akad. Beruf	3,7	3,6			
akad. Beruf	14,8	8,3			
Azubi/in Lehre	0	2,5			
Student/in	3,7	2,2			
Schüler	0	0,5			

In Bezug auf Familienstand, Schulbildung und Beruf sind keine bedeutsamen Unterschiede erkennbar (vgl. Tab. 3). Lediglich der Anteil der Verheirateten ist bei den Frauen signifikant größer. Im Hinblick auf das Bildungsniveau haben Frauen häufiger einen Realschulabschluss und seltener einen Hauptschulabschluss. Allerdings haben alle Männer einen Beruf erlernt bzw. befinden sich in Berufsausbildung, was für 7,7% der Frauen nicht zutrifft.

Messinstrumente

Erhebungsinstrumente zur Symptomatik

Die Symptom-Checkliste (SCL-90-R) ist ein international bewährtes Selbstbeurteilungsinstrument und untersucht das Symptomerleben in neun zentralen Bereichen [26]. Es ermöglicht zudem die Erstellung eines generellen Beschwerdeindex. Zur Erfassung der Essstörungssymptomatik wurde zum einen das Eating-Disorder-Inventary (EDI) in der deutschen Version von Meermann et al. [27] als das im englischen Sprachraum am häufigsten angewandte Verfahren eingesetzt. Darüber hinaus ist zur detaillierten Beschreibung der Essstörungssymptomatik der

Tab. 2 Basisangaben für Männer und Frauen mit Anorexie und Bulimie bei Therapiebeginn

	Anorexie		Bulimie		Sex		Diagnose		Sex x Diagnose	
	Männer M (SD)	Frauen M (SD)	Männer M (SD)	Frauen M (SD)	F	p	F	p	F	p
Alter	31,0 (6,7)	24,6 (5,5)	30,9 (9,4)	25,8 (6,2)	25,4	0,00**	0,3	0,61	0,3	0,58
Krankheitsbeginn	22,6 (7,6)	18,1 (6,3)	16,1 (6,2)	17,0 (6)	4,4	0,03*	11,4	0,01**	5,7	0,02*
Krankheitsdauer	8,4 (7,7)	6,6 (7)	14,9 (12,5)	8,9 (8,1)	7,3	0,01**	9,5	0,00**	2,1	0,14
BMI ¹	15,4 (1,5)	15,1 (1,9)	25,2 (7,2)	22,5 (5,5)	2,9	0,08	100,0	0,00**	2,1	0,14

¹BMI = Bodymass-Index (kg/m²); Mittelwerte M und Standardabweichung SD in Klammern; ANOVA: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Tab. 4 Kriterien für Therapieerfolg

Symptombereich	Kriterium
Anorexie	
Untergewicht*	BMI \geq 17,5
Furcht vor Gewichtszunahme	\leq „leicht“ („gar nicht“ bis „sehr stark“)
Störung der Körperwahrnehmung	\leq „leicht“ („gar nicht“ bis „sehr stark“)
Bulimie	
Essanfälle*	< 2 Essanfälle/Woche
gewichtsreduzierende Maßnahmen	kein Erbrechen, Gebrauch von Laxantien oder strenges Diäten
Beschäftigung mit Figur und Gewicht	\leq als „gelegentlich“ („nie“ bis „immer“)

* = Hauptsymptom

„Fragebogen zur Symptomdiagnose von Essstörungen“ (FSE) von Hettinger u. Jäger [28] verwandt worden. Es handelt sich dabei um einen Selbstbeurteilungsbogen mit 50 Items zur Erfassung der Essstörungssymptomatik, zu dem allerdings noch keine Testgütekriterien vorliegen.

Erhebungsinstrumente zu Personlichkeitsaspekten

Die Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen erfolgte zum einen mit der revidierten Fassung des Freiburger Persönlichkeitsinventars (FPI-R) von Fahrenberg et al. [29]. Es handelt sich dabei um ein Selbstbeurteilungsinstrument, das die Persönlichkeit in 12 Skalen erfasst und das in Deutschland am meisten angewandte Messinstrument zur Persönlichkeitsdiagnostik darstellt. Zum anderen wurden mit dem Narzissmus-Inventar (NARZ) von Deneke [30] klinisch wichtige Aspekte der Organisation und Regulation des narzisstischen Personlichkeitssystems untersucht. Per Ratings erfasst dieser Selbstbeurteilungsbogen mittels 18 Subskalen vier zentrale Dimensionen:

1. das bedrohte Selbst,
2. das klassisch narzisstische Selbst,
3. das idealistische Selbst und
4. das hypochondrische Selbst.

Für dieses Verfahren gibt es umfangreiche Untersuchungen zu Reliabilität und Validität sowie alters- und geschlechtsbezogene Referenzdaten für Vergleiche mit anderen klinischen Diagnosegruppen.

Katamnesestudie

Zentrales Instrument für die klinische Experteneinschätzung in der 2,5-Jahres-Katamnese war das semistrukturierte Interview LIFE (Longitudinal-Interval-Follow-up-Evaluation von Keller [31]), das für die Studienzwecke adaptiert wurde [32]. Die Reliabilität des Interviews liegt zwischen 0,58 und 0,83 (r-Pearson) [33].

Erfolgskriterien für den Therapieverlauf

Die Erfolgskriterien zum Katamnesezeitpunkt entsprechen denen der Hauptstudie (vgl. [25]) und beziehen sich auf die essstorungsspezifische Kernsymptomatik basierend auf der Einschätzung durch die unabhängigen Katamnestiker im LIFE. Für die drei Kernsymptome der beiden Diagnosen (AN: Untergewicht – Angst vor Gewichtszunahme – Korperwahrnehmungsstorung;

BU: Essanfälle – kompensierende gewichtsreduzierende Maßnahmen – unumarige Beachtung von Figur und Gewicht) wurden jeweils operationale Kriterien festgelegt. Als Therapieerfolg wird eine Behandlung eingeschätzt, wenn mindestens zwei der Symptome – darunter das Untergewicht für die Anorexie bzw. die Essanfälle bei der Bulimie – zum Katamnesezeitpunkt nicht mehr vorhanden sind (vgl. Tab. 4).

Statistische Auswertungsverfahren

Für die quantitativen Analysen der Gesamtstichprobe wurden multi- und univariate Varianzanalysen mit den Faktoren „Esstorung (Anorexie/Bulimie)“ und „Geschlecht“ berechnet. Bei Verletzung der Varianzhomogenität wurden entsprechende nonparametrische Verfahren angewandt. Auch die Berechnungen mit der Katamnesestichprobe erfolgten aufgrund der geringen Anzahl teilnehmender Männer mit nonparametrischen Verfahren. Die Analysen für kategoriale Daten wurden mittels χ^2 -Verfahren durchgeführt. Die Berechnungen erfolgten mit dem Statistikprogramm SPSS 10.

Ergebnisse

Symptomatik

Bei Behandlungsbeginn gibt es in den Symptomvariablen des FSE wie z. B. in der Häufigkeit der Essanfälle, des Laxantiengebrauchs oder der kompensatorischen Verhaltensweisen keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Allerdings empfinden sich die Frauen in höherem Maße als zu dick (Mann-Whitney, $p = 0,03$), fürchten sich mehr davor, dick zu werden (Mann-Whitney, $p = 0,04$) und schenken ihrer Figur größere Beachtung (Mann-Whitney, $p = 0,05$) als die Männer. Frauen empfinden ihren Körper weniger weiblich als die Männer ihren als männlich (Mann-Whitney, $p = 0,03$).

Die Männer haben weniger Angst, die Kontrolle in Bezug auf das Essen zu verlieren (Mann-Whitney, $p = 0,04$) und sie schämen sich weniger für ihre Essgewohnheiten (Mann-Whitney, $p = 0,01$). Darüber hinaus geben die anorektischen Männer an, sich in ihrem Leben durch ihr Essverhalten in stärkerem Maße beeinträchtigt zu fühlen (Mann-Whitney, $p = 0,02$), und den bulimischen Männern ist es im Vergleich zu den Bulimikerinnen weniger wichtig, ihr Gewicht zu kennen (Mann-Whitney, $p = 0,01$).

Im EDI (vgl. Tab. 5) unterscheiden sich die Männer von den Frauen in den so genannten Korperskalen 1–3 signifikant. Bei den Einzelskalen ist das Schlankheitsstreben der Männer weniger ausgeprägt und die Männer sind mit ihrem Körper zufriedener. In den übrigen Skalen zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede. Im SCL-90 sind überhaupt keine geschlechtsspezifischen Differenzen erkennbar.

Erleben der Sexualität

Kein Mann äußert im FSE eine aktive Abneigung gegenüber der Sexualität, aber bei den Frauen tun dies bei der Anorexie 35,5% und der Bulimie 14,9%. Eine homosexuelle Orientierung besteht mit 22,3% nur bei den bulimischen Männern. Der signifikante Unterschied ($\chi^2 = 18,5$, $df = 1$, $p = 0,01$) zwischen Männern und Frauen ist also ausschließlich auf die männlichen Bulimiker zurückzuführen, die auch angeben, die Sexualität angenehmer zu

Tab. 5 Unterschiede im EDI für Männer und Frauen mit Anorexie und Bulimie bei Therapiebeginn

	Anorexie		Bulimie		Sex		Diagnose		Sex x Diagnose	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	F	p	F	p	F	p
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)						
EDI 1 – 3	17,9 (12,6)	23,6 (13)	28,1 (13,1)	39 (13,8)	10,9	0,00**	26,1	0,00**	1,1	0,3
Schlankheitsstreben	7,5 (6,4)	9,2 (6,1)	7,6 (5,1)	11,7 (5,1)	7,5	0,01**	1,6	0,21	1,3	0,25
Bulimie	1,8 (1,9)	2,1 (3,5)	7,8 (5,2)	10,3 (4,5)	3,5	0,06	80,5	0,00**	1,7	0,18
körperliche Unzufriedenheit	8,6 (6,6)	12,3 (6,8)	12,7 (7,6)	17,1 (8,1)	7,9	0,01**	9,9	0,01**	0,1	0,79
Ineffektivität	13,1 (7,5)	11,1 (7)	9,9 (6,4)	11,7 (6,7)	0,0	0,9	1,1	0,29	2,3	0,12
Perfektionismus	6,7 (4,3)	7,0 (4,6)	7,3 (4,8)	6,9 (4,3)	0,0	0,94	0,1	0,71	0,2	0,69
zwischenmenschliches Misstrauen	9,0 (5,5)	7,0 (4,6)	7,1 (4,7)	6,8 (4,6)	1,8	0,18	1,60	0,21	0,9	0,34
Interozeption	11,7 (7,5)	10,4 (6,6)	10,7 (6,6)	12,2 (6,4)	0,0	0,9	0,1	0,76	1,3	0,24
Angst vor dem Erwachsenwerden	7,4 (6,2)	6,0 (4,6)	5,2 (5)	5,4 (4,2)	0,6	0,44	2,9	0,09	1,1	0,3

Mittelwerte M und Standardabweichung SD in Klammern; MANOVA: * = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$

Tab. 6 Unterschiede im FPI und Narzissmus-Inventar für Männer und Frauen mit Anorexie und Bulimie bei Therapiebeginn

	Anorexie		Bulimie		Sex		Diagnose		Sex x Diagnose	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	F	p	F	p	F	p
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)						
FPI										
soziale Orientierung	5,6 (2,2)	8,0 (2,5)	6,80 (3)	7,4 (2,4)	8	0,01**	0,4	0,53	2,9	0,08
Leistungsorientierung	3,7 (2,3)	6,1 (2,7)	7,20 (3,1)	5,5 (2,7)	0,4	0,52	7,3	0,01**	14,1	0,00**
Aggressivität	4,8 (3,6)	3,6 (2,5)	5,60 (2,7)	4,3 (2,7)	5,3	0,02*	3,1	0,07	0,23	0,63
Gesundheitssorgen	6,1 (2,8)	3,8 (2,6)	3,40 (2,3)	3,2 (2,3)	6,2	0,02*	10,1	0,01**	4,3	0,04*
Narzissmus-Inventar										
Kleinheitsselbst	33,6 (9,8)	35,0 (8,8)	29,1 (11,1)	34,8 (8,5)	4,6	0,03*	2,2	0,14	1,8	0,17
narzisstischer Krankheitsgewinn	29,5 (9,7)	24,8 (9,4)	25,7 (8,9)	22,1 (8,9)	6,1	0,01**	4	0,04*	0,1	0,73

Mittelwerte M und Standardabweichung SD in Klammern; MANOVA: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

erleben als die Bulimikerinnen ($\chi^2 = 10,2$, $df = 3$, $p = 0,02$) und die Anorektiker ($\chi^2 = 9,7$, $df = 2$, $p = 0,01$).

Persönlichkeit

Im FPI (vgl. Tab. 6) ergeben sich signifikante Geschlechterdifferenzen bei der sozialen Orientierung, der Aggressivität und den Gesundheitssorgen. Männer sind weniger sozial orientiert, aggressiver und machen sich mehr Sorgen um ihre Gesundheit. Dabei werden die ausgeprägten Gesundheitssorgen vor allem durch die anorektischen Männer bedingt. Zudem weisen sie im Vergleich mit den bulimischen Männern eine signifikant geringere Leistungsorientierung der anorektischen Männer auf.

Im Narzissmus-Inventar (vgl. Tab. 6) zeigen die Männer einen größeren narzisstischen Krankheitsgewinn als Frauen, die auch ein ausgeprägteres Kleinheitsselbst aufweisen. Die Anorexien insgesamt ziehen mehr Gewinn aus der Krankheit als die Bulimien.

Katamnese

Statistisch zeigt sich keine Differenz im Therapieerfolg (vgl. Tab. 7), was auch mit der kleinen Anzahl anorektischer und bulimischer Männer zum Katamnesezeitpunkt zusammenhängt. Prozentual erfüllen sogar mehr bulimische Männer die Erfolgskriterien als bulimische Frauen, während die anorektischen Männer am schlechtesten abschneiden. Auch in Bezug auf eine

Tab. 7 Erfolgsraten¹ der 2,5-Jahres-Katamnese (χ^2)

	Anorexie			Bulimie		
	Männer n = 7	Frauen n = 220	χ^2 (df)	Männer n = 11	Frauen n = 414	χ^2 (df)
Erfolgsrate	n = 2 (28,6%)	n = 83 (37,7%)	0,34 (1)	n = 6 (54,5%)	n = 187 (40,3%)	0,26 (1)

¹ siehe Kriteriumsdefinition Tab. 4

psychotherapeutische Weiterbehandlung nach dem stationären Aufenthalt gibt es kaum Differenzen. Eine Einzeltherapie nahmen 40% der Männer und 40,4% der Frauen, eine Gruppentherapie 5% der Männer und 4,6% der Frauen, eine Paartherapie kein Mann und 0,4% der Frauen, eine Familientherapie kein Mann und 0,7% der Frauen in Anspruch. Während bei den Frauen sich nur 2,4% einer erneuten stationären Behandlung unterzogen, waren dies bei den Männern immerhin 10%.

Diskussion

Gegenüber vergleichbaren Studien beträgt der Anteil essgestörter Männer nur 2,8% und fällt damit deutlich geringer aus als in vergleichbaren Untersuchungen [34]. Nicht nur ist der Anteil der in Kliniken behandelten Männer offenbar geringer als bei epidemiologischen Querschnittserhebungen [35,36], sondern hier spielt vor allem eine Rolle, dass eine beträchtliche Anzahl essgestörter Männer nur Teilsymptome einer Anorexie oder Bulimie aufweisen [37] oder an einer „Binge-Eating-Störung“ leiden [38] und so in unserer Studie nach DSM-III-R nicht als Patienten auftauchen konnten. So gesehen kann die Prävalenzrate essgestörter Männer mit etwa 1 : 10 [39] zwar höher angesetzt werden als in der vorliegenden Studie, für die Vollbilder einer Anorexie oder Bulimie scheint es aber nach wie vor berechtigt, allein aufgrund der Häufigkeit von einer „Frauenkrankheit“ zu sprechen.

Die geringe Größe der Stichprobe erlaubt aus methodischer Sicht keine Generalisierbarkeit der Ergebnisse. Dies gilt verstärkt für alle Aussagen zur Katamnese bzw. über den Therapieerfolg. Dennoch decken sich viele Ergebnisse mit denen aus anderen Studien. So sind ebenfalls bei Sharp et al. [2] und Braun et al. [18] die anorektischen wie die bulimischen Männer bei stationärer Aufnahme signifikant älter als die Frauen, wobei in der vorliegenden Studie das Alter der Männer mit 31 Jahren am oberen Rand vergleichbarer klinischer Studien liegt (vgl. [40]). Auch dass Männer ganz allgemein stationäre psychotherapeutische Hilfe geringer und, wenn überhaupt, dann später in Anspruch nehmen, ist ein bekanntes Phänomen in der stationären psychosomatischen Versorgung [41].

Dagegen bestätigt sich die Annahme eines späteren Krankheitsbeginns in der vorliegenden Untersuchung nur für die männliche Anorexie (vgl. [2,18]), nicht aber für die männliche Bulimie. Als Erklärung für einen späteren Krankheitsbeginn bei Männern wird allgemein die später beginnende Pubertät herangezogen. Mädchen sind demgegenüber den Problemen, die mit den körperlichen Veränderungen der Pubertät einsetzen, nicht nur früher, sondern bedingt durch kulturell verschiedene Rollenforderungen auch wesentlich schärfer ausgesetzt als junge Männer [42].

In dem für die Essstörungen so zentralen Bereich des Körpererlebens zeigen sich im Gegensatz zum Essverhalten deutlichere geschlechtspezifische Unterschiede, die die erhöhte Bedeutung von Körper und Figur für Frauen unterstreichen. Die in unserer Gesellschaft seltenere Unzufriedenheit der Männer mit ihrem Körper sowie ihr geringeres Schlankheitsstreben ist mittlerweile ein häufig repliziertes Ergebnis (vgl. [13,18]). Dieser Umstand wird auch als entscheidender Schutzfaktor gegen die Entwicklung ei-

ner Essstörung bei Männern angeführt [43]. Trotzdem kann daraus nicht geschlossen werden, dass die Männer mit ihrem Körper generell zufrieden sind. Männer unterliegen zwar einem geringeren gesellschaftlichen Druck nach Diäten, in Männermagazinen aber erscheinen zunehmend mehr Artikel, die zeigen, wie der Körper zu stärken und zu formen ist [44]. Furnham u. Calnan [45] konnten nachweisen, dass bei Männern ein anderes Körperideal vorliegt, nämlich das eines muskulösen und wohl geformten Körpers, im Gegensatz zu dem Ideal der Frauen, möglichst extrem dünn zu sein. Vor dem Hintergrund des Körperkults in homosexuellen Subkulturen erscheint der hohe Anteil homosexueller Männer bei männlichen Bulimikern [46,47] einleuchtend, da ein anorektischer Körper „unmännlich“ und daher weniger attraktiv ist. So erleben die männlichen Bulimiker, ihre Sexualität auch als angenehmer sowohl im Vergleich zu den Frauen als auch zu den männlichen Anorektikern, wobei für diesen sensiblen Bereich die in dieser Studie erhobenen Fragen sicher nicht ausreichen, um weiterführende Aussagen treffen zu können.

Interessant ist an dieser Stelle der Befund, dass Frauen ihren Körper als weniger weiblich erleben, da er eine lange diskutierte Annahme über weibliche Essstörungen problematisiert, und zwar deren ausgeprägte Femininität und Identifikation mit einer passiv-abhängigen Haltung [48]. Dies ist eine Sichtweise, die nicht unwidersprochen geblieben ist [49] und die auf die Komplexität möglicher Zusammenhänge von Geschlechtsrollenidentifikation und Essstörung aufmerksam macht [50]. Die seit längerem kontrovers diskutierte Hypothese des sexuellen Missbrauchs bei Frauen in Verbindung mit Essstörungen [51] besteht ebenso bei essgestörten Männern [52], wobei eine erhöhte Missbrauchsrate in verschiedenen Studien (vgl. [53]) wie auch in der vorliegenden zumindest nicht bestätigt werden konnte.

Die Ergebnisse der Persönlichkeitsfragebogen finden keinen Beleg für die These einer schwereren narzisstischen Persönlichkeitsstörung der Männer, wie sie insbesondere in klinischen Arbeiten mehrfach beschrieben wurde [9]. Ein erhöhtes Kleinheits selbst der Frauen und höhere Aggressionswerte bei Männern können wie die bessere soziale Orientierung der Frauen eher als Ausdruck „rollentypischen“ Verhaltens gewertet werden. Auffällig sind allerdings der größere narzisstische Krankheitsgewinn, die ausgeprägten Gesundheitsorgen und die geringe Leistungsorientierung der anorektischen Männer. Diese Befunde betonen Differenzen gerade in „klassischen“ Dimensionen weiblicher Anorexie, einer gesteigerten Leistungsorientierung und Verleugnung körperlicher Beschwerden [54]. Der Sichtweise Carlats et al. [12], dass gerade die anorektischen Männer den anorektischen Frauen ähnlicher seien als den bulimischen Männern, können wir demnach nur eingeschränkt zustimmen. Die Autoren führen die Ähnlichkeit der männlichen Anorektiker mit den Anorektikerinnen auf deren gemeinsame Angst vor Gewichtszunahme und deren Wunsch nach einem niedrigen Idealgewicht zurück; die Unähnlichkeit mit den Bulimikern wird an deren höherem Idealgewicht und deren geringerem Streben nach Gewichtskontrolle festgemacht. Wenn man zum besseren Verständnis der empirischen Einzelbefunde die vielfach erörterten Rollen- bzw. Identitätskonflikte der Pubertät und Adoleszenz als einen wesentlichen Faktor in der Krankheitsentstehung bei Essstörungen berücksichtigt [46], legen unsere Befunde nahe, dass die männlichen Anorektiker kein wirklich weibliches Askeseideal, gekenn-

zeichnet durch extreme Leistungsorientierung und Verleugnung bzw. Idealisierung von Abmagerung wie körperlicher Bedürfnislosigkeit [55], verfolgen. Anorektische Männer dürften sich in diesem zentralen Punkt weiblicher Nahrungsverweigerung unterscheiden. Die männliche Bulimie folgt den Frauen zwar in ihrem kompensatorischen Kampf um körperliche Attraktivität und in ihrem Streben nach einem idealen Körper nach Maßgabe der gesellschaftlichen Vorgaben [56], aber sie orientiert sich nicht an einem weiblichen Körperideal [57]. Deshalb ist es den bulimischen Männern auch weniger wichtig, ihr Gewicht zu kennen (vgl. [12]); denn ein attraktiver Mann ist ein körperlich wohlgeformter und starker Mann, aber kein dünner Mann.

Die Aussagen zum Therapieerfolg stützen sich auf Kriterien, die so auf eine Stichprobe essgestörter Männer unseres Wissens noch nicht angewandt wurden. Im Vergleich zu den Frauen ist statistisch zwar kein schlechterer Therapieerfolg erkennbar, für die bulimischen Männer sogar ein besserer; aber die relativ schlechte Erfolgsrate der Anorektiker unterstreicht auch in diesem Punkt deren Besonderheit.

Vor dem Hintergrund der Vielzahl an untersuchten Einzelbefunden bleibt auch in der vorliegenden Studie festzuhalten, dass die Gemeinsamkeiten der Geschlechter ihre Unterschiede übertreffen [12,58]. Die gefundenen Unterschiede legen nahe, diese insbesondere im Bereich des Umgangs mit dem Körper sowie der Bedeutung des Körpers zu suchen. Die Ergebnisse im Bereich der Persönlichkeit und der sexuellen Identität sind unter anderem deshalb interessant, weil sie auf durchaus bedeutsam erscheinende Unterschiede nicht nur zwischen den Geschlechtern, sondern auch zwischen männlicher Anorexie und Bulimie hinweisen. Dies fordert zwar zu weiterführender Hypothesenbildung wie deren empirischer Überprüfung auf, zeigt aber auch, dass zum besseren Verständnis der multifaktoriellen Genese von Essstörungen intrapsychische und kulturelle Konzepte genauso wie Essverhaltensmuster und biologische Faktoren in die Überlegungen mit einbezogen werden müssen [50,59], um die männlichen Essstörungen nicht vorschnell als eigentliche Frauenkrankheit verstehen und als solche behandeln zu wollen.

In welchem Maße nun die diskutierten Befunde für die Entwicklung einer männlichen Essstörung bedeutsam sind, muss offen bleiben. Dies bezieht sich nicht nur auf die geringe Größe der Stichprobe, die immer die Gefahr mit sich bringt, stichprobenabhängige Differenzen fälschlicherweise überzuinterpretieren. Auch bleibt weiter zu fragen, inwieweit die Ergebnisse eher die Folgen der Erkrankung oder wirkliche Risikofaktoren erfassen [58].

Literatur

- 1 Roth A, Fonagy P. What works for whom? A critical review of psychotherapy research. New York: Guilford Press, 1996
- 2 Sharp C, Clark S, Dunan J. Clinical presentation of anorexia nervosa in males: 24 new cases. *International Journal of Eating Disorders* 1994; 15: 125–134
- 3 Garfinkel PR, Lin E, Goering P. Bulimia nervosa in a Canadian community sample: Prevalence and comparison of subgroups. *American Journal of Psychiatry* 1995; 125: 1052–1058
- 4 Steiger B. Anorexia nervosa and bulimia in males: Lessons from a low-risk population. *Canadian Journal of Psychiatry* 1989; 34: 419–424
- 5 Weber C. Das Dilemma des modernen Mannes: Rollenwidersprüche und das Symptom der Essstörung. Opladen, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, 1998
- 6 Schneider JA. Gender Identity Issues in Male Bulimia nervosa. In: Johnson CL (ed): *Psychodynamic Treatment of Anorexia nervosa and Bulimia*. New York: The Guilford Press, 1991
- 7 Herzog DB, Norman DK, Gordon C, PePOSE M. Sexual conflicts and eating disorders in 27-males. *American Journal of Psychiatry* 1984; 141: 989–990
- 8 Kearny-Cooke A, Steinchen-Asch P. Man, body image and eating disorders. In: Andersen AE (ed): *Males with eating disorders*. New York: Bruner & Mazel, 1990: 54–74
- 9 Reich G. Essstörungen bei Männern als Lösungsversuch familiär transferierter Identitätskonflikte. In: Seidler GH (Hrsg): *Magersucht: Öffentliches Geheimnis*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1993: 203–233
- 10 Fichter MM, Daser C. Symptomatology, psychosexual development and gender identity in 24 anorectic males. *Journal of Psychological Medicine* 1987; 17: 409–418
- 11 Striegel-Moore RH, Garvin V, Dohm F-A, Rosenheck RA. Psychiatric comorbidity of eating disorders in men: A national study of hospitalized veterans. *International Journal of Eating Disorders* 1999; 25: 399–404
- 12 Carlat DJ, Camargo CA, Herzog DB. Eating disorders in males: A report on 135 patients. *American Journal of Psychiatry* 1997; 154: 1127–1132
- 13 Joiner TE, Katz J, Heatherton TF. Personality features differentiate late adolescent females and males with chronic bulimic symptoms. *International Journal of Eating Disorders* 1999; 27: 191–197
- 14 Köpp W, Grabhorn R, Herzog W. Gibt es charakteristische Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Essstörungen? *Sexuologie* 1999; 6: 158–166
- 15 Mester H. *Die Anorexia nervosa*. Berlin: Springer, 1981
- 16 Deter HC, Herzog W. *Langzeitverlauf der Anorexia nervosa*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1995
- 17 Fichter MM, Daser C, Postpischil F. Anorexic syndromes in the male. *Journal of Psychiatric Research* 1985; 19: 305–313
- 18 Braun DL, Sunday SR, Huang A, Halmi KA. More males seek treatment for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 1998; 25: 415–424
- 19 Carlat DJ, Camargo C. Review of bulimia nervosa in males. *American Journal of Psychiatry* 1991; 148: 831–843
- 20 Williamson I. Why are gay men a high risk group for eating disturbance? *European Eating Disorders Review* 1999; 7: 1–4
- 21 Tabin CJ, Tabin JK. 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
- 22 Deter HC, Köpp W, Zipfel S, Herzog W. Männliche Anorexia-nervosa-Patienten im Langzeitverlauf. *Nervenarzt* 1998; 69: 419–426
- 23 Köpp W, Jacoby GE. Der frühe Psychotherapieabbruch essgestörter Männer und Frauen in der stationären Psychotherapie. *Psychologie der Medizin* 1994; 5: 24–29
- 24 Kächele H und die MZ-Ess. Eine multizentrische Studie zu Aufwand und Erfolg psychodynamischer Psychotherapie von Essstörungen. *Psychother Psychosom med Psychol* 1999; 49: 100–108
- 25 Kächele H, Kordy H, Richard M. Therapy amount and outcome of inpatient psychodynamic treatment of eating disorders in Germany: Data from a multicenter study. *Psychotherapy Research* 2001; 11: 239–259
- 26 Derogatis LR. SCL-90-R, administration, scoring and procedures manual – I for the revised version. Baltimore: Johns Hopkins School of Medicine, 1977
- 27 Meermann R, Napierski C, Schulenkopf EM. EDI-Münster-Selbstbeurteilungsfragebogen für Essstörungen. In: Meermann R, Vandereycken W (Hrsg): *Therapie der Magersucht und Bulimia nervosa*. Berlin: Walter de Gruyter, 1987
- 28 Hettlinger R, Jäger B. Fragebogen zur Symptomdiagnose von Essstörungen. Unveröffentlichtes Manuskript, 1990
- 29 Fahrenberg J, Hampel R, Selg H. *Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI*. Göttingen: Hogrefe, 1989; 5. Aufl
- 30 Deneke JW, Hilgenstock B. *Das Narzissmusinventar*. Bern: Huber, 1989
- 31 Keller MB, Lavori PW, Friedman B. The Longitudinal Interval Follow-up Evaluation. *Archives of General Psychiatry* 1987; 44: 540–548
- 32 Krämer B. LIFE II based Eating Disorders Interview, LIFE-II-BEI. Übersetzte und überarbeitete Version des LIFE Eat II, adaptiert für die multizentrische Studie zu Aufwand und Erfolg bei psychodynamischer

- Therapie von Essstörungen. Stuttgart: Forschungsstelle für Psychotherapie, 1996, Unveröffentlichtes Manuskript
- ³³ Metzger M, Krämer B, Kordy H. Reliabilität des Longitudinal Interval Follow-up Evaluation II BEI – Katamneseinterview verwendet in der multizentrischen Studie zu Essstörungen. Stuttgart: Forschungsstelle für Psychotherapie, 1997; unveröffentlichtes Manuskript
- ³⁴ Beumont P, Schrader E, Lennerts W. Eating disorder patients at a NSW Teaching Hospital: A comparison with state-wide data. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1995; 29: 96–103
- ³⁵ Lucas A, Beard M, Kurland L, O'Fallon M. 50-year trends in the incidents of anorexia nervosa in Rochester, Minn: A population-based study. *American Journal of Psychiatry* 1991; 148: 917–922
- ³⁶ Soundy T, Lucas A, Suman V, Melton L. Bulimia nervosa in Rochester, Minnesota from 1980 to 1990. *Psychological Medicine* 1995; 25: 1065–1071
- ³⁷ Taraldsen KW, Eriksen L, Gotestam KG. Prevalence of eating disorders among Norwegian women and men in a psychiatric outpatient unit. *International Journal of Eating Disorders* 1996; 20: 185–190
- ³⁸ Kinzl JF, Trawger C, Trefalt E. Essstörung bei Männern: Eine Repräsentativerhebung. *Zeitschrift für Ernährungswissenschaft* 1998; 37: 336–342
- ³⁹ Andersen AE. Eating disorders in males. In: Brownell KD, Fairburn CG (eds): *Eating disorders and obesity*. New York: Guilford Press, 1995: 203–233
- ⁴⁰ Herpertz S, Kocnar M, Senf W. Bulimia nervosa beim männlichen Geschlecht. *Zeitschrift Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 1997; 43: 39–56
- ⁴¹ Franz M, Janssen P, Lense H. Effekte stationärer psychoanalytisch orientierter Psychotherapie – eine Multizenterstudie. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin* 2000; 46: 242–258
- ⁴² King V. Narzissmus und Objektbindung in der weiblichen Adoleszenz: Wandlungen der Autonomie. *Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis* 2000; 15: 386–409
- ⁴³ Ricardelli LA, Williams RJ, Kiernan MJ. Bulimic symptoms in adolescent girls and boys. *International Journal of Eating Disorders* 1998; 26: 217–221
- ⁴⁴ Andersen AE, DiDomenico L. Diet vs. shape content of popular male and female magazines: A dose-response relationship to the incidence of eating disorders? *International Journal of Eating Disorders* 1992; 11: 283–287
- ⁴⁵ Furnham A, Calnan A. Eating disturbance, reasons for exercising and body weight dissatisfaction in adolescent males. *European Eating Disorders Review* 1998; 6: 58–72
- ⁴⁶ Fichter MM, Hoffmann R. Bulimia beim Mann. In: Fichter MM (Hrsg): *Bulimia nervosa*. Stuttgart: Enke, 1989: 76–86
- ⁴⁷ Heffernan K. Sexual orientation as a factor in risk for binge eating and bulimia nervosa: A review. *International Journal of Eating Disorders* 1994; 16: 335–347
- ⁴⁸ Boskind-Lohdal M. Cinderella's stepsisters: A feminist perspective on anorexia nervosa and bulimia. *Sings* 1976; 2: 342–355
- ⁴⁹ Habermas T. Liegt's wirklich an der Werbung? Stand und Strategien der Erforschung soziokultureller Bedingungen moderner Essstörungen. In: Gastpar M, Remschmidt H, Senf W (Hrsg): *Essstörungen*. Sternenfels: Wissenschaft und Praxis, 2000: 11–28
- ⁵⁰ Cantrell PJ, Ellis JB. Gender role and risk patterns for eating disorders in men and women. *Journal of Clinical Psychology* 1991; 47: 53–57
- ⁵¹ Pope HG, Hudson JL. Is childhood sexual abuse a risk factor for bulimia nervosa? *American Journal of Psychiatry* 1992; 149: 419–424
- ⁵² Olivardia R, Pope HG, Mangelweh B, Hudson JL. Eating disorders in college men. *American Journal of Psychiatry* 1995; 151: 1279–1285
- ⁵³ Mangelweh B, Pope HG, Hudson W. Eating disorders in Austrian men: A intracultural and crosscultural comparison study. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1997; 66: 214–221
- ⁵⁴ Bruch H. *Der goldene Käfig: Das Rätsel der Magersucht*. Frankfurt: Fischer, 1993
- ⁵⁵ von Braun C. Von der „virgo fortis“ zur modernen Anorexie: Geistesgeschichtliche Hintergründe der modernen Essstörung. In: Seidler GH (Hrsg): *Magersucht: Öffentliches Geheimnis*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1993: 203–233
- ⁵⁶ Steiner-Adair C. The body politic: Normal female adolescent development and the development of eating disorders. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis* 1986; 14: 95–114
- ⁵⁷ Mangelweh B, Pope HG, Kemmler G, Ebenbichler C. Body image and psychopathology in male bodybuilders. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2001; 70: 38–43
- ⁵⁸ Woodside DB, Garfinkel PE, Lin E. 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* 2001; 158: 570–574
- ⁵⁹ Schweiger U, Fichter MM. Psychobiologie der Essstörungen. In: Gastpar M, Remschmidt H, Senf W (Hrsg): *Essstörungen*. Sternenfels: Wissenschaft und Praxis, 2000: 157–172