Gibt es charakteristische Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Eßgestörten?*

Are there Characteristical Gender Specific Differences in Anorexia and Bulimia Nervosa?

W. Köpp, R. Grabhorn, W. Herzog, H. Ch. Deter, J. v. Wietersheim, F. Kröger

Zusammenfassung
Im Rahmen der deutschen Multizentrischen Eßstörungsstudie über Therapieeffekte stationärer psychodynamischer Behandlungen wurden auch Charakteristika männlicher (m) und weiblicher (w) Eßstörungspatienten erfaßt. 1183 Patienten nahmen an der Studie teil. 533 (14 Männer, 519 Frauen) litten an einer Anorexia nervosa (AN), 650 (17 Männer, 633 Frauen) an einer Bulimia nervosa (BN). Das entspricht in beiden Krankheitsgruppen einem Männeranteil von 2,6%. Im Hinblick auf geschlechtsspezifische Unterschiede gab es zwei Hauptergebnisse: 1. Außer der Tatsache, daß das mittlere Alter bei Krankheitsbeginn bei anorektischen Männern höher als bei anorektischen Frauen war (m: 22,6J./ SD ±7,7; w: 18,2J./ SD ±5,1), gab es keine weiteren, wesentlichen geschlechtsspezifischen Unterschiede in der AN-Gruppe. 2. Männliche wurden im Vergleich zu weiblichen Bulimikern häufiger als persönlichkeitsgestört eingeschätzt (m: N=4/ 23,5%; w: N=56/ 8,8%). Außerdem waren bulimische Männer häufiger als bulimische Frauen bi- bzw. homo-sexuell orientiert (m: N=4/ 23,5%; w: 29/ 4,6%). Allerdings korrespondierte dieser Befund statistisch nicht mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung. Weitere (deskriptive) statistische, geschlechtsspezifische Unterschiede in der BN-Gruppe konnten für die folgenden drei Variablen gezeigt werden: Mittleres Alter bei Behandlungsbeginn (m: 30,5J./ SD ±9,7; w: 25,9J./ SD ±6,4), Krankheitsdauer (m: 14,5J./ SD ±12,7; w: 8,4J./ SD ±6,4) und „eine positive Einstellung zur Sexualität" (m: N=11/ 64,7%; w: N=224/ 35,4%). Die Ergebnisse passen zu den 1994 beschriebenen Untersuchungsergebnissen von Sievers; darin konnte gezeigt werden, daß homosexuelle Männer ebenso wie heterosexuelle Frauen der körperlichen Attraktivität und der Schlankheit größeren Wert beimessen als heterosexuelle Männer und homosexuelle Frauen. Das wurzelt in dem Wunsch, auf Männer anziehend zu wirken bzw. ihnen zu gefallen.
Schlüsselwörter: Anorexianervosa, Bulimianervosa, Eßstörungen, Geschlechtsidentität

Abstract
In connection with the German Multicenter Eating Disorder Study on the treatment effects of psychodynamic inpatient therapy, characteristics of male and female patients with eating disorders also have been assessed. 1183 patients participated in the study. 533 (14 males, 519 females) suffered from anorexia nervosa, 650 (17 males, 633 females) from bulimia nervosa, corresponding to 2,6% males in both eating disorders. There were two main results in regard to gender differences: 1. Despite the fact of the higher mean age of male (m) in comparison to female (f) anorectics at the onset of the disease (m: 22,6ys/ sd ±7,7; f: 18,2ys/ sd ±5,1), there was no other substantial gender specific difference in the AN group. 2. In

Sexuologie 6 (3) 1999: 158 – 166 / © Urban & Fischer Verlag
http://www.urbanfischer.de/journals/sexuologie

comparison with female bulimics, male bulimics more often were considered to suffer from personality disorders (m: N=4/ 23,5%; f: N=56/ 8,8%). Moreover male bulimics more often have a bisexual or homosexual orientation (m: N=4/ 23,5%; f: 29/ 4,6%). However, the latter result statistically does not correspond with the diagnosis of a personality disorder. Further (descriptive) statistical gender specific differences in BN could be found in the following three variables: mean age at admission (m: 30,5ys/ sd ±9,7; f: 25,9ys/ sd ±6,4); duration of the disease (m: 14,5ys/ sd ±12,7; f: 8,4ys/ sd ±6,4) and a positve attitude towards sexuality (m: N=11 / 64,7%; f: N=224 / 35,4%). The results coincide with findings of Sievers (1994) showing greater emphasis on physical attractiveness and thinness in gay men and heterosexual women than in heterosexual men and homosexual women which is based on a desire to attract and please men.
Keywords: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Eating Disorders, Sexual Identity

Einleitung

Unter den 15 bis 35 jährigen Frauen der technisch entwickelten Länder leiden ca 1% an Anorexia nervosa (AN) und 4% an Bulimia nervosa (BN). Das Vorkommen dieser Krankheiten bei Männern ist die große Ausnahme: Weit weniger als 10% der AN- und BN-Kranken sind Männer. Die Frage, ob die psychische Symptomatik bei Mä-nern und Frauen mit AN bzw. BN vergleichbar ist, wird seit Jahren in der Literatur kontrovers diskutiert. So gehen Tabin u. Tabin (1988), Kearny-Cooke u. Steichen-Asch (1990), Carlat u. Camargo (1991) sowie Köpp u. Jacoby (1994) davon aus, daß Männer eine andere Symptomatik aufweisen bzw. psychisch stärker gestört seien als Frauen. Deter et al. (1998) vermuten aufgrund eigener Untersuchungen, daß Anoretiker gegen psychotherapeutische Behandlung resistenter als Anoretikerinnen sind. Die meisten anderen Publikationen bestätigen dagegen eher ein Erscheinungsbild bei eßgestörten Männern, das dem der betroffenen Frauen vergleichbar ist (s.a. Tabelle 1), obgleich gelegentlich verschiedene Abweichungen beim männlichen Geschlecht eingeräumt werden.
Der Frage, ob sich die in der Literatur beschriebenen Ähnlichkeiten bzw. Unterschiede zwischen männlichen (m) und weiblichen (w) AN- und BN-Patienten reproduzieren lassen, sollte in der hier vorgelegten Untersuchung nachgegangen werden.

Tab. 1: Vergleiche zwischen männlichen und weiblichen Eßgestörten im Spiegel der Literatur

Autor(en)	**Anzahl untersuchter männl. Patienten u. Art der Publikation**	**Symptomatik wie bei weibl. Eßgestörten**	**Besonderheiten bei männl. Eßgestörten**
Hasan u. Tibbets 1977	10 AN	ja	-
Hay u. Leonard 1979	6 AN	ja	-
Ziesat u. Ferguson 1984	3 AN	ja	-
Burns u. Crisp 1984	27 AN	ja	-
Vandereycken u. van den Broucke 1984	107 AN (Metanalyse)	ja	-
Fichter u. Daser 1987	42 AN	ja	Homosexualität häufiger,
Margo 1987	13 AN	ja	-

Fortsetzung von **Tab 1:**

Autor(en)	**Anzahl untersuchter männl. Patienten u. Art der Publikation**	**Symptomatik wie bei weibl. Eßgestörten**	**Besonderheiten bei männl. Eßgestörten**
Fichter u. Hoffmann 1989	17 BN	ja	Homosexualität häufiger, Laxanzien seltener,
Steiger 1989	An u. BN (Review)	ja	-
Carlat u. Camargo 1991	BN (Review)	nein	Krankheitsbeginn später, Adipositasneigung häufiger, Homosexualität häufiger, Asexualität häufiger
Touyz et al. 1993	12 AN	ja	exzessiver Bewegungsdrang häufiger
Sharp et al. 1994	24 AN	ja	Erkrankungszeitpunkt später, Krankheitsdauer kürzer, Lax.abusus seltener, exzessiver Bewegungsdrang häufiger, prämorbide Adipositasneigung
de la Serna de Pedro 1996	14 AN	ja	Alkoholabusus u. Hyperaktivität häufiger, Kleptomanie seltener
Herpertz et al. 1997	5 BN	kein Vergleich	prämorbid Adipositas
Carlat et al. 1997	30 AN, 62 BN	Männer mit AN: ja	Bei BN häufiger Homo- bzw. Bisexualität sowie häufiger prämorbid Adipositas

Methode

Die Untersuchung erfolgte im Rahmen einer vom Bundesforschungsministerium geförderten großen multizentrischen Eßstörungsstudie. Hierbei wurden zwischen 1993 und 1996 von 45 Kliniken aus verschiedenen Regionen Deutschlands insgesamt 1183 auswertbare Patientendatensätze eingebracht Mit Ausnahme der Mitteilung über die sexuelle Orientierung wurden die Angaben jenem Fragebogen entnommen, den die Patientinnen und Patienten zum Beginn ihrer stationären Psychotherapie ausfüllten. Die Frage zur sexuellen Orientierung wurde den Patientinnen und Patienten erst bei der 2 Jahre später im Rahmen eines Katamnesegesprächs gestellt und die Antwort vom Untersucher bzw. von der Untersucherin dokumentiert.
Mittelwerte wurden mit dem t-Test errechnet, sonstige Häufigkeiten mit dem Chiquadrat-Test oder (bei kleinen Fallzahlen) mit dem exakten Fishertest überprüft. Bei den Signifikanzangaben handelt es sich lediglich um deskriptive bzw. nominelle p-Werte, die wegen der relativ kleinen Fallzahlen männlicher Patienten nicht für Mehrfachmessungen adjustiert wurden.

Ergebnisse

Von den 1183 Patienten litten 533 (14 m, 519 w) an AN und 650 (17 m, 633 w) an BN. Der prozentuale Anteil männlicher Patienten liegt damit sowohl für die AN als auch für die BN bei 2,6%.

Tab. 2: Basisangaben über männliche und weibliche Patienten mit AN und BN; MW: Mittelwerte; SD: Standardabweichung; BMI: Body Mass Index (kg/m²), Normwerte zwischen 20 und 25 kg/m²

ERGEBNIS	männliche AN N=14	weibliche AN N=519	p	männliche BN N=17	weibliche BN N=633	p
Alter/J. MW (±SD)	29,9 (±7,2)	24,9 (±5,6)	,08	30,5 (±9,7)	25,9 (±6,4)	,01
BMI MW (±SD)	15,8 (±1,8)	15,7 (±2,4)	,87	25,2 (±7,4)	22,8 (±5,9)	,22
Kh.dauer/J. MW (±SD)	7,6 (±7,8)	6,6 (±6,0)	,07	14,5 (±12,7)	8,4 (±6,4)	,00
Alter/J. bei Kh.beginn MW (±SD)	22,6 (±7,7)	18,2 (±5,1)	,05	15,9 (±6,4)	17,6 (±5,1)	,45

Tab. 3: Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Eßgestörten hinsichtlich einiger Symptom-Variablen. Die Variable „überdurchschnittliche Depressivität" ergab sich aus der Depressivitätsskala des SCL-90-R (Derogatis 1977) nach T-Transformation

ERGEBNIS	männliche AN N=14	weibliche AN N=519	p	männliche BN N=17	weibliche BN N=633	p
Depressive Belastung überdurchschnittl.	13 (92,9%)	447 (86,1%)	,47	13 (76,5%)	542 (86,6%)	,29
Abusus: Alkohol, Medikamente, illegale Drogen	1 (7,1%)	68 (13,1%)	,80	2 (11,6%)	112 (17,7%)	,75
Laxanzienbusus	6 (42,9%)	191 (36,8%)	,64	6 (35,6%)	295 (46,4%)	,36
Selbstverletzung vor stat. Aufn.	2 (14,3%)	199 (38,3%)	,07	9 (52,9%)	313 (49,4%)	,78
Suizidversuch vor stat. Aufn.	4 (28,6%)	123 (23,7%)	,67	8 (47,1%)	205 (32,4%)	,20
Oft das Gefühl zu dick zu sein	2 (14,3%)	154 (29,7%)	,21	8 (47,1%)	271 (42,8%)	,73
Therapeutenurteil: Starke Körperbild-störung	4 (28,6%)	219 (42,2%)	,31	4 (23,5%)	111 (17,5%)	,52
Therapeutenurteil: Persönl.k.-Störung (z.B. Borderline)	2 (14,3%)	53 (10,2%)	,62	4 (23,5%)	56 (8,8%)	,04

Zwischen der Therapeuten-Einschätzung hinsichtlich des Vorliegens einer Persönlichkeitsstörung (s.a. Tabelle 3) und der sexuellen Orientierung (s.a. Tabelle 4) gab es keinerlei statistische Zusammenhänge. Dasselbe trifft für die positive Einstellung zur Sexualität zu (s.a. Tabelle 4).
Eine Adipositas in der Herkunftsfamilie wurde in beiden Krankheitsgruppen jeweils nur drei mal angegeben (ohne Hinweis für statistisch relevante Unterschiede).
30%-40% der Befragten in beiden Krankheitsgruppen hatten die Hochschulreife erlangt; die Unterschiede zwischen beiden Geschlechtern waren nicht signifikant.
Eine stabile Partnerschaft wurde von keinem männlichen, aber von 28% (N=145) der weiblichen AN-Patienten angegeben (deskriptives p=0,02). In der BN-Gruppe verfügten 41% (N=7) der Männer und 38% (N=241) der Frauen über eine stabile Partnerschaft bei Beginn der stationären Behandlung (deskriptives p=0,80).

Tab. 4: Anamnestische Angaben aus der Sexualanamnese bei eßgestörten Männern und Frauen

ERGEBNIS	männliche AN N=14	weibliche AN N=519	p	männliche BN N=17	weibliche BN N=633	p
Bi- bzw. Homo-sexualität	0 (0%)	11 (2,1%)	,82	4 (23,5%)	29 (4,6%)	,00
positive Einstellung zur Sexualität	4 (28,6%)	77 (14,8%)	,16	11 (64,7%)	224 (35,4%)	,01
sexueller Mißbrauch	0 (0%)	49 (9,4%)	,23	1 (5,9%)	75 (11,8%)	,45

Wie aus Tabelle 4 hervorgeht, sind die Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen AN-Patienten hinsichtlich der geschlechtlichen Orientierung, der Einstellung zur Sexualität und im Hinblick auf die Angabe eines sexuellen Mißbrauchs in der Kindheit statistisch nicht auffällig. Bei den BN-Patienten findet man dagegen unter den Männern häufiger Bi- bzw. Homosexualität und eine positive Einstelllung zu Sexualität.

Diskussion

Die vorliegende Untersuchung wurde an stationären Patienten durchgeführt. Man muß hierbei von einer Selektion eher schwerer kranker Patienten ausgehen. Die Prävalenz von weniger als 3% männlicher Patienten liegt - verglichen mit den Angaben der Literatur im erwarteten Bereich (s. z.B. Zusammenfassung bei Herpertz et al. 1997).
Die Ergebnisse dieser vergleichenden Untersuchung sind deskriptiver Art und dürfen auch wegen der geringen Zahl männlicher Patienten - nicht überbewertet werden. Ein verbessertes statistisches Design (z.B. matched pairs) ist u. U. sinnvoller und soll in einer weitergehenden Untersuchung (Grabhorn et al., in Vorbereitung) berücksichtigt werden. Dabei wird dann auch die Auswertung des weiteren Verlaufes einbezogen.
Die jetzt hier dargestellten Ergebnisse zeigen immerhin zwei Sachverhalte. 1. Es gibt hinsichtlich der untersuchten Symptomvariablen keine wesentlichen Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Anorektikern. 2. Im Vergleich zu den weiblichen Patienten werden männliche Bulimiker von den Therapeuten klinisch öfter als persönlichkeitsgestört eingeschätzt. Außerdem sind männliche häufiger bi- oder homosexuell orientiert als weibliche Bulimiker - ein Befund der gut übereinstimmt mit der Literatur (s. a. Tabelle 1). Es ist wichtig zu betonen, daß zwischen der Therapeuteneinschätzung „Persönlichkeitsstörung“ und der Variable „sexuelle Orientierung“ kein statistischer Zusammenhang feststellbar war. Außerdem kann man davon ausgehen, daß die im Gespräch bei der Nachuntersuchung mitgeteilte sexuelle Orientierung die „härtere“ von beiden Variablen ist. Da für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung - außer dem klinischen Manual (DSM III-

R) - keine spezifischen psychometrischen Instrumente verwendet wurden, ist gegenüber der Validität dieser Variable Skepsis angebracht.

Andererseits taucht die interessante Frage auf, ob u.U. die Entwicklung einer Frauenkrankheit in Gestalt einer psychogenen Eßstörung kausal mit der sexuellen Orientierung der betroffenen Männer verknüpft sein könnte. Siever (1994) betonte in diesem Zusammenhang, daß es mittlerweile mehrere empirische Studien gibt, die gut belegen, daß das körperliche Erscheinugnsbild bzw. die körperliche Attraktivität für homosexuelle viel wichtiger als für heterosexuelle Männer ist (Berscheid et al. 1972, 1973; Herzog et al. 1991; Sergios u. Cody 1985; Silberstein et al. 1989; Yager et al. 1988). Außerdem weisen einige Studien darauf hin, daß der gesellschaftliche Druck, schlank sein zu müssen, von homosexuellen Männern ganz ähnlich wie von (heterosexuellen) Frauen erlebt wird (Altman 1982; Clark 1977; Kleinberg 1980; Lakoff u. Scherr 1984; Millman 1980).

Sievers (1994) führte eine vergleichende Untersuchung an 53 lebischen und 62 heterosexuellen Frauen sowie an 59 homosexuellen und 63 heterosexuellen Männern durch. Er konnte die o.g. Literaturbefunde nicht nur bestätigen, sondern außerdem zeigen, daß heterosexuelle Frauen ebenso wie homosexuelle Männer mehr Wert auf ihr körperliches Erscheinungsbild legen, während heterosexuelle Männer größeren Wert auf körperliche Effektivität legen. Andererseits ist den heterosexuellen Männern die körperliche Attraktivität ihrer Partnerinnen sehr wichtig. Für homosexuelle Frauen gab es in seiner Untersuchung - im Vergleich zu den heterosexuellen Frauen - nur einen statistischen Trend in die Richtung, daß Lesbierinnen (trotz höhern Gewichtes) mit ihrem Körper zufriedener als heterosexuelle Frauen waren.

Diese Ergebnisse sind deswegen so wichtig, weil sie ein weiterer Hinweis für die Bedeutung kultureller Einflüsse bei der Entstehung von Eßstörungen sind. Die Sorge um körperliche Attraktivität und die Unzufriedenheit mit dem eigenen Aussehen machen Frauen wie Männer offenbar empfänglich für die Entwicklung einer psychogenen Eßstörung. Die eigenen, hier vorgestellten Befunde weisen zusätzlich darauf hin, daß dies eher für das Krankheitsbild der BN zutrifft und weniger für das der AN.

Die im Titel gestellte Frage nach geschlechtsspezifischen Unterschieden bei Eßstörungen kann bei vorsichtiger Würdigung der Befunde aus der Literatur und der eigenen Ergebnisse dialektisch folgendermaßen beantwortet werden: Es scheint solche Unterschiede zu geben; doch sind diese - insbesondere die homosexuelle Orientierung - dergestalt, daß sie die betroffenen Männer den Frauen auch wieder ähnlicher machen und somit vulnerabler gegenüber kulturellen Einflüssen.

Anmerkungen

* Die Untersuchung, auf der diese Arbeit basiert, wurde vom Bundesministerium für Forschung und Technologie gefördert.

Literatur

Altman, D. (1982): The homosexualisation of America, the Americanisation of the homosexual. New York, St. Martins Press.

American Psychiatric Association (1987): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed revised. Washington D.C., American Psychiatric Association.

Berscheid, E.; Walster, E.; Bohrnstedt, G. A. (1972): Psychology today questionaire: Body image. Psychology Today 6: 57-66.

Berscheid, E.; Walster, E.; Bohrnstedt, G. A. (1973): Psychology today questionaire: The happy American body. A survey report. Psychology Today 7: 119-131.

Burns, T.; Crisp, A.H. (1984): Outcome of anorexia nervosa in males. Br. J. Psychiatry 45: 319-325.

Carlat, D.J.; Camargo, C.A. (1991): Review of bulimia nervosa in males. Am. J. Psychiatry 148: 831-843.

Carlat, D.J.; Camargo, C.A.; Herzog, D.B. (1997): Eating disorders in males: A report on 135 patients. Am. J. Psychiatry 154: 1127-1132.

Clark, D.: Loving someone gay. Millbrae, Celstial Arts 1977 (zit. n. Siever).

de la Serna, I.; Moreno O.I.; Vinas P.R. (1990): Comparative study of anorexia nervosa in a group of males and females. Actas Luso. Esp. Neurol. Psiquiatr. Cienc. Afines 18: 332-338.

Derogatis, L.R. (1997): SCL-90-R, administration, scoring & procedures manual-I for the R(evised) version. Johns Hopkins University School of Medicine, Eigendruck 1977. Deutsch: Franke G. (1995) (ed.): SCL-90-R. Die Symptomcheckliste von Derogatis. Deutsche Version. Manual. Göttingen: Beltz.

Deter, H.C.; Köpp, W.; Zipfel, S.; Herzog, W. (1998): Männliche Anorexia-nervosa-Patienten im Langzeitverlauf. Nervenarzt 69: 419-426.

Fichter, M.M.; Daser, C. (1987): Symptomatology, psychosexual development, and gender identity in 42 anorectic males. Psychological Med 17: 409-418.

Fichter, M.M.; Hoffmann, R. (1989): Bulimia beim Mann. In: Fichter MM (ed.) Bulimia nervosa. Stuttgart: Enke: 76-86.

Hasan, M.K.; Tibbets, R.W. (1977): Primary anorexia nervosa (weight phobia) in males. Postgrad. Med. J. 53: 146-151.

Hay, G.G.; Leonard, J.C. (1979): Anorexia nervosa in males. Lancet 2 (8142):574-575.

Herpertz, S.; Kocnar, M.; Senf, W. (1997): Bulimia nervosa beim männlichen Geschlecht. Z. psychosom. Med. 43: 39-56.

Herzog, D.B.; Newman, K.L.; Warshaw, M. (1991): Body image dissatisfaction in homosexual and heterosexual males. J. Nerv. Ment. Disease 179: 356-359.

Jäger, B.; Köpp, W., MZS (1998): Die multizentrische Studie zur psychodynamischen Therapie von Eßstörungen. Psychotherapeutenforum – Praxis und Wissenschaft 5: 4-6.

Kächele, H. u. MZS (1999): Die Multizentrische Sturdie zur psychodynamischen Therapie von Eßstörungen. Psychother. Psychosom. med. Psychol. (im Druck).

Kächele, H. (1991): Multizentrische Studie „Psychodynamische Therapie von Eßstörungen". Antrag an das BMFT. Forschungsstelle für Psychotherapie. Stuttgart: im Selbstverlag.

Kächele, H.; Hettinger, R.; Munz, D.; Jäger, B.; Kröger, F.; Catina, A.; Peter, R.; Weber, R.; Bergmann, G.; Herzog, W.; Probst, B.; Köpp, W.; Gaus, E.; Ehlers, W.; Gitzinger, I.; Herzog, T.; Bernatz, M.; Engel, K.; Czogalik, D. (1992): Planungsforum „Psychodynamische Therapie von Eßstörungen". Psychother. Psychosom. med. Psychol. 42: 33-36.

Kearny-Cooke, A.; Steichen-Asch, P. (1990): Men, body image and eating disorders. In: Anderson AE (ed.) Males with eating disorders. New York: Brunner & Mazel: 54-74.

Kleinberg, S. (1980): Alienated affections: Being gay in America. New York: St. Martin's Press.

Köpp, W. & MZS (1997): Multizenterstudie Eßstörungen - Entstehung, Ziele und Design. In: Willenberg H, Hoffmann SO (ed.): Handeln – Ausdrucksform psychosomatischer Krankheit und Faktor der Therapie. Frankfurt/M.: Verlag für Akademische Schriften (VAS).

Köpp, W.; Jacoby, G.E. (1994): Der frühe Psychotherapieabbruch eßgestörter Männer und Frauen in der stationären Psychotherapie. Psychologie in der Medizin 5: 24-29.

Lakoff, R.T.; Scherr, R.L. (1984): Face value: The politics of beauty. Boston: Routledge and Kegan Paul.
Margo, J.L. (1987): Anorexia nervosa in males. A comparison with female patients. Br. J. Psychiatry 151: 80-83.
Millman, M. (1980): Such a pretty face: Being fat in America. New York: W.W. Norton (zit. n. Siever).
Robinson, P.H., Holden, N.L. (1986): Bulimia nervosa in the male: a report of nine cases. Psychol. Med. 16: 795-803.
Sergios, P.; Cody, J. (1985): Importance orf physical attractiveness and social assertiveness skills in male homosexual dating behavior and partner selection. J. Homosexuality 12: 71-84.
Sharp, C.W.; Clark, S.A.; Dunan, J.R.; Blackwood, D.H.; Shapiro C.M. (1994): Clinical presentation of anorexia nervosa in males: 24 new cases. Int. J. Eat. Disord. 15:125-134.
Siever, M.D. (1994): Sexual orientation and gender as factors in socioculturally acquired vulnerability to body dissatisfaction and eating disorders. J. Consult. Clin. Psychology 62: 252-260.
Silberstein, L.R.; Mishkind, M.E.; Striegel-Moore, L.E.; Timko, C.; Rodin, J. (1989): Men and their bodies: A comparison of homosexual and heterosexual men. Psychosom. Med. 51: 337-346.
Steiger, H. (1989): Anorexia nervosa and bulimia in males: lessons from a low-risk population. Can. J. Psychiatry 34: 419-424.
Tabin, C.J.; Tabin, J.K. (1990): Bulimia and anorexia: Understanding their gender specifity and their complex symptoms. In: Schwartz HJ (ed) Bulimia: Psychoanalytic treatment and theory. Madison: International University Press 173-226.
Touyz, S.W.; Kopec-Schrader, E.M.; Beumont, P.J. (1993): Anorexia nervosa in males: a report of 12 cases. Aust. N. Z. J. Psychiatry 27: 512-517.
Vandereycken, W.; van den Broucke, S. (1984): Anorexia nervosa in males. A comparative study of 107 cases reported in the literature (1970 to 1980). Acta Psychiatr. Scand. 70: 447-454.
Yager, J.; Kurtzman, F.; Landsverk, J.; Wiesmeier, E. (1988): Behaviors and attitudes related to eating disorders in homosexual male college students. Am. J. Psychiatry 145: 495-497.
Ziesat, H.A.; Ferguson, J.M. (1984): Outpatient treatment of primary anorexia nervosa in adult males. J. Clin. Psychol. 40: 680-690.

Arbeitsstellen der Autoren
W. Köpp, H. Ch. Deter, Abt. f. Psychosomatik u. Psychotherapie, Klinikum Benjamin Franklin, Freie Universität Berlin
R. Grabhorn, Klinik f. Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie, Klinikum d. Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt/M.
W. Herzog, Abt. Innere Medizin II, Schwerpunkt Allgemeine Klinische u. Psychosomatische Medizin, Ruprecht-Karls-Universität, Heidelberg
J. v. Wietersheim, Abt. f. Psychotherapie u. Psychosomatische Medizin, Klinikum d. Universität Ulm
F. Kröger, Klinik f. Psychosomatik u. Psychotherapeutische Medizin, Universitätsklinikum d. RWTH Aachen
Korrespondenzadresse
Priv. Doz. Dr. med. W. Köpp, Eßtörungsambulanz der Abt. f. Psychosomatik u. Psychotherapie, Klinikum Benjamin Franklin der FU Berlin, Hindenburgdamm 30 D-12200 Berlin, e-mail: koeppwe@zedat.fu-berlin.de