

J.F. Kinzl
C. Traweger
E. Trefalt
B. Mangweth
W. Biebl

Eßstörungen bei Männern: Eine Repräsentativerhebung

Eating disorders in males: A representative survey

Zusammenfassung Diese Arbeit berichtet über die Ergebnisse einer Umfrage zur Prävalenz von Eßstörungen in einer repräsentativen Zufallsstichprobe Tiroler Männer.

Eingegangen: 23. Juni 1998
Akzeptiert: 9. Oktober 1998

Univ.-Doz. Dr. J.F. Kinzl (✉)
E. Trefalt · B. Mangweth · W. Biebl
Abt. für Psychosomatische Medizin
Univers.-Klinik für Psychiatrie
Anichstraße 35
A-6020 Innsbruck
Österreich

C. Traweger
Institut für Statistik
Universität Innsbruck
Innrain 52
A-6020 Innsbruck
Österreich

Die Erhebung der Daten erfolgte mit Hilfe telefonischer Interviews. Von den 1000 Männern im Alter von 18–88 Jahren (Durchschnittsalter: 43,1 Jahre) erfüllten 8 (0,8 %) die diagnostischen Kriterien des DSM-IV für eine „Binge-Eating-Störung“ und 5 (0,5 %) für eine Bulimia nervosa, dagegen 42 (4,2 %) für eine Partialbild der „Binge-Eating-Störung“ und 94 (9,4 %) für eine „Nicht Näher Bezeichnete Eßstörung“. Das durchschnittliche Gewicht der Männer, die eine Eßstörung aufwiesen, lag im Übergewichtsbereich. Die Ergebnisse zeigen, daß die Art der Eßstörungen bei den befragten Männern sich deutlich von denen bei Frauen unterscheidet, gleichzeitig aber bestimmte Eßstörungen nicht nur bei Frauen sondern auch bei Männern relativ häufig vorkommen.

Summary The present study examined the prevalence of eating disorders in a male representative random sample in Tyrol. The data

were collected by telephone. Of the 1000 men, 8 (0.8 %) met the DSM-IV diagnostic criteria for binge eating disorder. An additional 42 subjects (4.2 %) exhibited a partial binge eating syndrome. These two otherwise widely identical groups of binge eaters were separated only by the DSM-IV frequency criterion. Five subjects (0.5 %) met the DSM-IV criteria for the diagnosis of bulimia nervosa, and 94 men (9.4 %) reported recurrent overeating. Men with any eating disorder were mostly overweight or obese. The findings show that there is a significant difference in eating disorders between men and women, but certain eating disorders are frequent not only in women but also in men.

Schlüsselwörter Eßstörungen – „Binge-Eating“ – Tiroler Männer

Key words Eating disorders – “binge-eating” – Tyrolean men

Einleitung

Eßstörungen sind psychosomatische Störungen ausgelöst und aufrechterhalten durch biologische, familiäre, psychologische und soziokulturelle Faktoren, wobei die Bedeutung der einzelnen Faktoren nicht genau bekannt ist. Während Eßstörungen bei Frauen ein relativ häufiges Krankheitsbild darstellen, kommen Eßstörungen und ein

eßgestörtes Verhalten bei Männern deutlich seltener vor und es gibt weniger Arbeiten darüber besonders von nichtklinischen Bevölkerungsgruppen. Neuere epidemiologische Untersuchungen zeigten ein Verhältnis der Eßstörungen von Mann zu Frau von etwa 1:10 (2). Dieses Faktum ist sicherlich multifaktoriell bedingt, wobei gesellschaftlichen Faktoren wie geringerer soziokultureller Druck nach Schlankheit und daraus resultierend weniger Diäthalten, aber auch intrapsychischen Gründen wie ge-

ringere Abhängigkeit des Selbstwertgefühls von Dünnssein eine bedeutende Rolle zukommt. Daraus resultiert auch die höhere sowohl gesellschaftliche als auch individuelle Akzeptanz eines höheren Körpergewichts. So schätzen sich Männer erst als übergewichtig ein, wenn ihr Gewicht mehr als 15 % über dem Gewicht liegt, ab dem sich Frauen als übergewichtig ansehen (2).

Mehrere epidemiologische Studien wurden bezüglich der Prävalenz von Bulimia nervosa bei Männern durchgeführt (3). Bei Verwendung der DSM-III-R Kriterien (1) ergab sich eine Prävalenz von durchschnittlich 0,2 % (0,1 %–0,5 %) (6, 11, 17, 22).

Obwohl Stunkard schon vor fast 30 Jahren das „Syndrom der Freßorgien“ als ein häufiges Essensmuster bei einigen Fettsüchtigen beschrieb, fand dieses Phänomen vor allem bei Männern relativ wenig Aufmerksamkeit. Die „Binge-Eating-Störung“ (BED) ist neben wiederholten Episoden von „Freßanfällen“, die mindestens an 2 Tagen pro Woche für 6 Wochen bestehen müssen, gekennzeichnet vor allem durch ein Gefühl des Kontrollverlustes über das Eßverhalten während einer solchen Episode und durch andere begleitende Verhaltensweisen wie schnelles Essen oder alles essen, Ekel und Schuldgefühle nach dem Essen (1). Die Binge-Eating-Störung wurde zunehmend als ein signifikantes klinisches Problem in unserer Gesellschaft erkannt und es wird auch vermutet, daß BED ein ziemlich weitverbreitetes Problem darstellt und vor allem häufiger in der männlichen Allgemeinbevölkerung vorkommt, als die bekannteren Eßstörungen Anorexia nervosa und Bulimia nervosa (21, 23, 27). Spitzer und Mitarbeiter (20) fanden in einer männlichen und weiblichen Zufallsstichprobe ($n = 1\,031$) eine Prävalenzrate der BED von 2 %, wobei keine signifikanten Geschlechtsunterschiede bestanden. Am häufigsten war die Altersgruppe der Ende 20jährigen bis Mitte 30jährigen betroffen. Auch von Fairburn und Mitarbeiter (7) wird die Prävalenz wiederholter Freßattacken in der Allgemeinbevölkerung auf etwa 2,5 % eingeschätzt. Die Prävalenzraten von BED unter adipösen Personen in der Allgemeinbevölkerung wird auf 5–8 % geschätzt. Aber die Fettsucht ist nicht ein Kriterium für eine BED, weil die Störung sowohl bei – schwer – übergewichtigen als auch bei normalgewichtigen Personen vorkommt.

Shisslak und Mitarbeiter (18) durchforsteten die Literatur bezüglich des Spektrums von Eßstörungen. Ihre Ergebnisse sind ein Hinweis darauf, daß in nichtklinischen Populationen partielle Eßstörungen mindestens 2 x so häufig sind wie die Vollbilder von Eßstörungen. Daneben gibt es noch weitere Eßstörungen, die nicht die Kriterien für eine spezifische Eßstörung erfüllen. Diese sind vor allem durch Episoden von Eßanfällen oder Überessens gekennzeichnet, aber nicht durch einen Kontrollverlust während des Essens oder kompensatorische Maßnahmen nach dem Essen (z.B. Erbrechen, Laxantien). Mit Hilfe von bestimmten Fragestellungen des Eating Disorder Examination (EDE) (5) ist es möglich, Personen mit wiederholten

Episoden von „objektiven Überessen“ ohne Kontrollverlust und ohne extreme kompensatorische Gewichtskontrollmaßnahmen zu erfassen (8, 9). Diese Form eßgestörtes Verhaltens kann am ehesten der DSM-IV Kategorie „Nicht Näher Bezeichnete Eßstörung“ (EDNOS) zugeordnet werden.

Ziel dieser Studie war die Erhebung der Häufigkeit verschiedener Eßstörungen, vor allem der „Binge-eating“-Störung und der nicht näher spezifizierten Eßstörungen einer großen repräsentativen Zufallsstichprobe Tiroler Männer.

Methodik

Im November 1997 führten wir eine Erhebung des Eßverhaltens bei Tirolern durch. Bei der vorliegenden Stichprobe handelt es sich um eine reine Zufallsstichprobe über 1000 Tiroler Männern. Die Art der Stichprobenerhebung wurde an anderer Stelle genau dargestellt (12). Die Erhebung wurde anhand telefonischer Interviews (Dauer pro Interview etwa 10–12 Minuten) durch Diätassistentinnen in Ausbildung durchgeführt, die bereits großteils Erfahrung mit der Erhebung aus der Studie bei Tiroler Frauen hatten.

Die Verweigerungsrate lag bei 8 %, wobei die Ablehnung aus verschiedenen Gründen erfolgte (z.B. „keine Zeit“, „kein Interesse“). In einem Großteil dieser Fälle blockte bereits die Ehefrau, Partnerin oder Mutter eine Kontaktaufnahme ab. Die Rate der nicht angetroffenen Interviewpartner betrug etwa 18 %, für diese wurden jedoch Ersatzpersonen ausgewählt.

Das Alter der 1 000 untersuchten Tiroler lag zwischen dem 18–88. Lebensjahr (Mittelwert 43,1 Jahre). Aus vielfältigen Gründen unterteilten wir die Probanden in 6 Altersgruppen: 18–24 Jahre ($n = 143$), 25–34 Jahre ($n = 236$), 35–44 Jahre ($n = 197$), 45–54 Jahre ($n = 168$), 55–64 Jahre ($n = 125$) und 65 und älter ($n = 131$).

Zur Erfassung des Eßverhaltens und der Eßstörungen diente ein strukturierter Fragebogen, der sich einerseits schon bei der Frauenstudie bewährte; dieser Fragebogen wurde an anderer Stelle veröffentlicht (12) und für diese Studie an die männliche Probandengruppe adaptiert.

Zur Diagnostizierung der Eßstörungen Anorexia nervosa und Bulimia nervosa verwendeten wir Fragen, welche die Diagnosekriterien des DSM-IV für diese Eßstörungen (1) abdecken. Dazu gehörten neben dem Körpergewicht und dem Eßverhalten noch Fragen nach Diäten, der Verwendung von Süßstoff, Laxantien und Appetitzügler, Selbstschätzungen bezüglich des Körpergewichts und das Ausmaß an körperlicher Aktivität.

Einige Fragestellungen aus der Untersuchung:

- Wie oft haben Sie während des letzten Jahres eine Diät durchgeführt? Unter „Diät“ meinen wir eine Veränderung des Eßverhaltens, um Gewicht abzunehmen. Wenn „ja“, hatten Sie einen kurzfristigen, einen langfristigen oder keinen Erfolg?

- Benutzen Sie eine der folgenden Methoden, um Gewicht abzunehmen: Abführmittel, wassertreibende Mittel, Süßstoff, Appetitzügler, Weight Watchers, andere.
- Fühlen Sie sich zur Zeit untergewichtig, gerade recht, übergewichtig?
- Was tun Sie, um Ihr Gewicht zu halten oder abzunehmen?

In Anlehnung an das Vorgehen von Wilfley und Mitarbeiter (26) versuchten wir zu klären, ob innerhalb des letzten Monats Phasen von Überessen bestanden haben, die von einem Kontrollverlust begleitet sind. Dazu stellten wir folgende 2 Fragen:

1. Hat es innerhalb der letzten 4 Wochen gegeben, wo Sie das Gefühl hatten, so große Mengen gegessen zu haben, daß auch andere Personen die Nahrungsmenge als ungewöhnlich groß angesehen hätten?
Wenn diese Frage mit „ja“ beantwortet wurde:
2. Wie häufig hatten Sie in den letzten 4 Wochen solche Phasen des Überessens, die mit dem Gefühl verbunden waren, keine oder nur eine geringe Kontrolle über das Eßverhalten zu haben?

Weitere Fragen wurden zur Klärung folgender Punkte gestellt:

- Menge und Art der verzehrten Nahrungsmittel
- Häufigkeit
- Zeitpunkt des Überessens
- Kontrolle über Beendigung des Essens
- Gefühle vor und nach dem Eßanfall
- kompensatorische Verhaltensweisen nach dem Eßanfall
- Auslöser.

Die Interviewerinnen wurden angehalten, möglichst genau die Menge der Nahrung zu klären, die im Rahmen eines Eßanfalls konsumiert wird. Dabei wurden die Probanden gebeten, die Art und die Menge der Nahrung zu beschreiben, die im Rahmen eines solchen typischen Anfalls verschlungen werden.

Wenn die Befragten Eßanfälle verbunden mit Kontrollverlust angaben, aber die Häufigkeit der Anfälle geringer war als nach den DSM-IV Kriterien gefordert, wurden sie der Kategorie „Partialbild BED“ zugeordnet. Wenn die Befragten den häufigen Konsum großer Essensmengen aber ohne Kontrollverlust angaben, wurden sie

der Gruppe der „Überesser“ bzw. „Nicht Näher Bezeichnete Eßstörung“ (EDNOS) zugeordnet.

Zur Klassifizierung des Gewichtes verwendeten wir den Body Mass Index (BMI) (= Körpergewicht in kg dividiert durch Körpergröße in m zum Quadrat). Anhand des BMI wurden dann verschiedene Gewichtsgruppen definiert:

Untergewicht: BMI < 20

Normalgewicht: BMI 20–24,9

Übergewicht (Adipositas Grad I): BMI 25–29,9

Adipositas (Adipositas Grad II): BMI 30–39,9

extreme Adipositas (Adipositas Grad III): BMI > 40.

Statistik

Im Rahmen dieser Studie wurden ordinalskalierte Variablen bei der Untersuchung von 2 Stichproben mit Hilfe des Mann-Whitney U-Tests analysiert. Bei mehr als 2 Stichproben wurde der Kruskal-Wallis-Test verwendet. Die nominalskalierten Variablen wurden mit dem Chi-Quadrat-Test geprüft, bei 2x2 Tabellen unter Berücksichtigung der Continuity Correction. Als Signifikanzniveau wurde $p > 0,05$ gewählt. Zur Analyse wurde das Programm paket SPSS verwendet.

Resultate

Unter Verwendung der BMI-Kriterien für die Gewichtsverteilung fanden sich folgende Häufigkeitsraten:

43 (4,3 %) Untergewicht (BMI < 20)

594 (59,4 %) Normalgewicht (BMI 20–24,99)

315 (31,5 %) Übergewicht (Adipositas Grad I)
(BMI 25–29,99)

48 (4,8 %) Adipositas (Grad II + III) (BMI > 30).

Das durchschnittliche Gewicht der Tiroler Männer lag bei 78,176 kg bei einer durchschnittlichen Körpergröße von 178 cm; dies entspricht einem durchschnittlichen BMI des Realgewichtes von 24,45. Der durchschnittliche BMI des Wunschgewichtes beträgt 23,76.

Tab. 1 Gewicht und Unzufriedenheit mit der Lebenssituation bzw. Eßverhalten

	Untergewicht (n = 42)	Normalgewicht (n = 591)	Übergewicht (n = 315)	Adipositas (n = 48)
Unzufriedenheit mit der Lebenssituation (n = 83) ¹⁾	7 (16,7 %)	39 (6,6 %)	22 (7,0 %)	15 (31,3 %)
Unzufriedenheit mit dem Eßverhalten (n = 156) ²⁾	6 (14,6 %)	69 (11,7 %)	62 (19,8 %)	19 (40,4 %)

¹⁾ Chi-Quadrat test: $\chi^2 = 39,896$, DF = 3; sign. [0,0001

²⁾ Chi-Quadrat test: $\chi^2 = 32,9926$, DF = 3; sign. [0,0001

Tab. 2 Gewicht und Eßstörungen

	Untergewicht (n = 43)	Normalgewicht (n = 594)	Übergewicht (n = 315)	Adipositas (n = 48)
Vollbild BED (n = 8)	0	3 (0,5 %)	2 (0,6 %)	3 (6,3 %)
Partialbild BED (n = 42)	2 (4,7 %)	20 (3,4 %)	15 (4,8 %)	5 (10,4 %)
EDNOS (n = 94)	7 (16,3 %)	40 (6,7 %)	36 (11,4 %)	11 (22,9 %)
Bulimia nervosa (n = 5)	0	4 (0,7 %)	0	1 (2,1 %)

Chi-Quadrat Test: $\lambda^2 = 51,770$; DF = 12; sign. $\leq 0,0001$ **Tab. 3** Eßstörung und Gewicht der Eltern

Charakteristika	Vollbild BED (n = 8)	Partialbild BED (n = 39)	EDNOS (n = 94)	Bulimie (n = 5)	keine Eßstörung (n = 840)
ein übergewichtiger Elternteil (n = 249)	2 (0,8 %)	20 (8,0 %)	32 (12,9 %)	1 (0,4 %)	194 (77,9 %)
beide Eltern übergewichtig (n = 79)	3 (3,8 %)	7 (8,9 %)	13 (16,5 %)	3 (3,8 %)	53 (67,1 %)
kein übergewichtiger Elternteil (n = 658)	3 (0,5 %)	12 (1,8 %)	49 (7,4 %)	1 (0,2 %)	593 (90,1 %)

Chi-Quadrat Test: $\lambda^2 = 67,409$; DF = 8; sign. $\leq 0,001$

Bezüglich der Zufriedenheit mit der Lebenssituation zeigte sich zwischen den einzelnen Gewichtsgruppen statistisch signifikante Unterschiede (Tab. 1). Während nur etwa 7 % der Normalgewichtigen und der Übergewichtigen angaben, mit ihrer Lebenssituation unzufrieden zu sein, waren dies mehr als 30 % der adipösen Männer.

Statistisch signifikante Unterschiede fanden sich auch in der Beurteilung des Eßverhaltens zwischen den einzelnen Gewichtsgruppen (Tab. 1). Etwas mehr als 10 % der normalgewichtigen Männer waren mit ihrem Eßverhalten unzufrieden, dagegen mehr als 40 % der stark übergewichtigen Männer.

Diejenigen Männer, die mit ihrem Eßverhalten eher zufrieden waren, hatten ein statistisch signifikant niedrigeres Durchschnittsgewicht als die Männer, die mit ihrem Eßverhalten unzufrieden waren (77,4 kg vs 82,2 kg) ($p = 0,0001$).

Die Ergebnisse zeigen eine totale Prävalenz von klinischen und subklinischen Eßstörungen von 14,9 %. Die vollen DSM-IV Kriterien einer „Binge-Eating“-Störung erfüllten 8 (0,8 %) der Befragten, ein Großteil der Männer mit einem Binge eating Syndrom erfüllte dagegen wegen der geringeren Frequenz der geforderten Eßanfälle (mindestens 2 Anfälle/Woche über einen Zeitraum von 6 Monaten) nicht die vollen Kriterien für eine BED; diese 42 (4,2 %) Männer können der Gruppe „Partialsyndrom BED“ zugeordnet werden. 94 (9,4 %) Männer erfüllten

die DSM-IV Kriterien für eine „Nicht Näher Bezeichnete Eßstörung“ (EDNOS) und 5 (0,5 %) der Bulimia nervosa.

Die Zusammenhänge zwischen dem Körpergewicht und den Eßstörungen sind in Tabelle 2 dargestellt. Von den Adipösen wiesen 40 % eine Eßstörung auf, dagegen zeigten mit 11,3 % die normalgewichtigen Männer am seltensten ein eßgestörtes Verhalten. Von den 5 Männern mit einer Bulimie waren vier normalgewichtig und einer adipös.

Zwischen den einzelnen Gruppen mit eßgestörtem Verhalten und der Gruppe ohne Eßstörung bestehen statistisch signifikante Unterschiede bezüglich des Realgewichtes ($p = 0,0001$). Während die Männer ohne ein gestörtes Eßverhalten mit 77,4 kg (BMI: 24,21) das niedrigste Durchschnittsgewicht aufwiesen, lag das Durchschnittsgewicht der Männer mit einer Bulimia nervosa bei 80,8 kg, mit einer EDNOS bei 82,2 kg (BMI: 25,51), mit einer Partiellen BED bei 82,7 kg (BMI: 25,78) und einer vollständigen BED bei 91,1 kg (BMI: 29,07).

Die verschiedenen Eßstörungen sind zwischen den einzelnen Alterskohorten unterschiedlich verteilt. Während die nicht spezifischen Eßstörungen etwa gleich häufig in den einzelnen Altersgruppen vorkommen, findet sich das Vollbild der BED vorwiegend in der Gruppe 35–44jährigen Männer am häufigsten, das Partialsyndrom BED und die Bulimia nervosa dagegen vorwiegend bei den

Tab. 4 Gewicht im Kindesalter und Eßstörung

Charakteristika	Untergewicht (n = 210)	Gewicht im Kindesalter		Übergewicht (n = 98)
		Normalgewicht (n = 685)		
Vollbild BED (n = 8)	1 (0,5 %)	4 (0,6 %)		3 (3,1 %)
Partialbild BED (n = 42)	9 (4,3 %)	21 (3,1 %)		12 (12,2 %)
EDNOS (n = 94)	17 (8,1 %)	63 (9,2 %)		14 (14,3 %)
Bulimie (n = 5)	1 (0,5 %)	3 (0,4 %)		1 (1,0 %)
keine Eßstörung (n = 844)	182 (86,7 %)	594 (86,7 %)		68 (69,4 %)

Chi-Quadrat Test: $\lambda^2 = 30,542$; DF = 8; sign. $\leq 0,001$

7 fehlende Daten

25–34jährigen Männern. Die Gruppe der über 65jährigen Männer weist am seltensten ein eßgestörtes Verhalten auf.

Als Auslöser für Eßanfälle wurden genannt (Mehr-fachangaben möglich):

„Heißhunger“, „Süßhunger“ (45,6 %)
Langeweile (25,6 %)
Streß (25,6 %)
Ärger (7,8 %)
Einsamkeit (2,2 %)
Anderes, z.B. nach sportlicher Aktivität (24,4 %).

Bevorzugte Speisen bei Eßanfällen sind:

„Alles, was verfügbar ist“ (46,7 %)
Süßigkeiten (26,1 %)
Wurst oder ähnliches (25 %)
Teigwaren, z.B.: Brot, Nudeln (18,5 %)
Schokolade (16,3 %).

Bei 13 % traten die Eßanfälle vor allem am Tag, bei 71,7 % vor allem abends und bei 15,2 % vor allem nachts auf. Im Gegensatz zu den Ergebnissen bei den Frauen (12) handelt es sich durchgehend um objektive große Essensmengen, die im Rahmen eines Eßanfalls verbunden mit einer mangelhaften Kontrolle verschlungen werden.

Die Zusammenhänge zwischen einer Eßstörung der Befragten und dem Gewicht der Eltern ist in Tabelle 3 dargestellt. Männer bei denen beide Eltern übergewichtig waren, wiesen signifikant häufiger als die Männer ohne oder mit nur einem übergewichtigen Elternteil eine Eßstörung, vor allem das Vollbild BED und Bulimia nervosa, auf.

Auch zeigten Männer, die schon im Kindes- bzw. Jugendalter übergewichtig waren, signifikant häufiger irgendeine der untersuchten Eßstörungen als die Männer, die im Kindesalter normal- oder untergewichtig waren (30,6 % vs 13,3 %) (Tab. 4).

Die Zusammenhänge zwischen dem Vorliegen einer Eßstörung und der Zufriedenheit mit dem Eßverhalten bzw. der Durchführung gewichtsreduzierender Maßnahmen ist in Tabelle 5 dargestellt. Dabei zeigt sich, daß Männer mit irgendeiner Form einer Eßstörung, besonders die mit einem Vollbild einer „Binge-Eating“-Störung, statistisch signifikant häufiger mit ihrem Eßverhalten unzu-

frieden sind und eine Maßnahme zur Gewichtsreduktion durchgeführt haben, als Männer ohne wesentlich eßgestörtes Verhalten.

Von der Gesamtgruppe der untersuchten Männer geben 9,5 % an, im letzten Jahr eine oder mehrere Diäten zur Gewichtsabnahme durchgeführt zu haben. Dabei bestanden zwischen den einzelnen Gewichtsgruppen statistisch signifikante Unterschiede ($p = 0,0001$). Von den normalgewichtigen Männern haben 7,5 % im letzten Jahr eine oder mehrere Diäten durchgeführt, dagegen fast ein Fünftel (18,8 %) der Übergewichtigen und mehr als die Hälfte (51,7 %) der stark Übergewichtigen.

Diskussion

Im Rahmen dieser Studie wurde das „normale“ und das gestörte Eßverhalten bei einer großen repräsentativen Gruppe Tiroler Männer zwischen dem 18. und 88. Lebensjahr erhoben. Gerade bezüglich Eßstörungen, vor allem der „Binge-eating“-Störung, gibt es kaum Daten bei Männern in der Allgemeinbevölkerung.

In Übereinstimmung mit den Ergebnissen von Shisslak und Mitarbeiter (18) zeigen auch unsere Daten, daß unterschwellige Eßstörungen bei einer nichtklinischen männlichen Bevölkerungsgruppe vielfach häufiger vorkommen als die voll ausgeprägten Eßstörungen. Ein Großteil der Männer mit Eßanfällen erfüllte nicht das erforderliche Zeitkriterium des DSM-IV für BED von mindestens 2 Freßattacken pro Woche über einen Zeitraum von 6 Monaten. Dieses Zeitkriterium und weniger andere Kriterien (z.B. alleine essen aus Verlegenheit über die Essensmenge und Schuldgefühle, nachdem zuviel gegessen wurde) ist der entscheidende Faktor für die Trennung der echten „Binge Eater“ von der Subgruppe der „Binge Eater“ mit einem Partialbild. Die Prävalenz des Partialbildes des BED und der „Nicht Näher Bezeichneten Eßstörungen“ ist bei den befragten Männern deutlich größer als die des Vollbildes der BED und der Bulimia nervosa; während das Verhältnis des Partialbildes des BED zum Vollbild BED bzw. BN 5:1 bzw. 8:1 ist, ist das Verhältnis von EDNOS zum Vollbild BED bzw. zur BN mit 12:1 bzw. 19:1 noch deut-

licher ausgeprägt. Dagegen zeigte sich in einer gleichzeitig laufenden Studie von Personen, die sich wegen einer Adipositas per magna für eine operative Behandlung ihrer Adipositas („Gastric banding“) angemeldet haben, bei einem Großteil der Betroffenen das Vollbild einer „Binge-eating“-Störung.

Bei der Zuordnung zu den einzelnen untersuchten Eßstörungen müssen wir uns klar sein, daß trotz genauen Nachfrages Überschneidungen der einzelnen Eßstörungen (Vollbild BED Partialsyndrom BED, EDNOS) bestehen und deswegen in einzelnen Fällen eine genaue Zuordnung zu einer bestimmten Eßstörung schwierig ist.

Kontroversiell wird das Eßverhalten der Übergewichtigen diskutiert. Zahlreiche Untersuchungen konnten zeigen, daß es nicht den typischen Übergewichtigen und auch nicht ein typisches Eßverhalten der Übergewichtigen gibt. Andere Studien konnten aber zeigen, daß einerseits bestimmte Eßstörungen, vor allem das Binge-eating Syndrom, sich bei Adipösen häufiger finden läßt als bei Nichtadipösen, und andererseits Adipöse häufiger Diäten halten und weniger Kalorien zu sich führen als Nichtadipöse (4, 10, 13, 14). Auch in unserer Untersuchung zeigte sich, daß Übergewichtige und vor allem Adipöse statistisch signifikant häufiger als Normalgewichtige ein gestörtes Eßverhalten i.S. von Episoden des Überessens aufweisen, daß sich aber kein typischer adipöser Essensstil nachweisen läßt. Auf Grund der mangelnden Präzision der Erhebungsinstrumente läßt sich natürlich keine Aussage darüber treffen, ob Adipöse häufiger über lange Zeiträume etwas mehr essen als Nichtadipöse.

Unabhängig von der Art der Eßstörung traten die Eßanfälle in mehr als 70 % der Fälle vor allem abends, in 15 % vor allem nachts und in 13 % tagsüber auf. Die abendliche Häufung von Eßattacken ist sicherlich das Resultat mehrerer Faktoren: einerseits haben viele Männer berufsbedingt erst abends vermehrt Zeit, sich dem Essen zu widmen, andererseits werden besonders abends unerfüllte Bedürfnisse und emotionaler Streß deutlicher und spürbarer. Es besteht noch eine Unsicherheit bezüglich der Mechanismen, die der „Binge-Eating“-Störung zugrundeliegen. Es gibt Hinweise darauf, daß psychischer Streß eine hohe Bedeutung für die Auslösung von Eßan-

fällen bei eßgestörten Personen hat (15, 24). In Übereinstimmung mit den Ergebnissen von Telch und Agras (23) fanden wir bei den Männern mit einer „Binge-Eating“-Störung als Auslöser für einen Eßanfall gehäuft eine negative affektive Befindlichkeit oder Belastungssituation, während Männer mit einem „Syndrom des Überessens“ (ohne Kontrollverlust) eher Heißhunger, auch auf Grund längeren Nichtessens und seltener auf Grund emotionalen Distresses, angaben.

Im Gegensatz zu den Ergebnissen bei den Frauen (12) spielen bei den Männern ein stark geübtetes Eßverhalten, ein Verbot bestimmter Nahrungsmittel und gehäuftes Diätenhalten als Auslöser für Eßanfälle (16) nur eine bedingte Rolle. Dagegen ist eine verstärkte körperliche Aktivität, z.B. in Form eines forcierten Trainings im Fitness-Center, nicht selten Auslöser von Eßanfällen (15).

Bei der Interpretation der Ergebnisse muß berücksichtigt werden, daß

- es sich um eine Selbsteinschätzung durch die Befragten handelt, so daß eine Verzerrung des Eßverhaltens in Richtung eines „normalen“, sozial erwünschten Verhaltens nicht ausgeschlossen werden kann,
- das Eßverhalten eines Menschen wohl in gewisser Weise für diesen typisch ist, es aber nichts Konstantes und immer Gleiches ist, d.h. nicht das generelle Eßverhalten an sich, sondern nur bestimmte, wenn auch oft typische Aspekte des Eßverhaltens des Individuums widerspiegelt,
- fließende Grenzen zwischen dem „normalen“ und dem „gestörten“ Eßverhalten bestehen, trotz genauen Nachfrages Überschneidungen der verschiedenen Eßstörungen möglich sind und deswegen eine genaue Zuordnung zu einer bestimmten Eßstörung gelegentlich schwierig ist.

Eines der Probleme, die die Exaktheit der Prävalenzraten von Eßstörungen in der Allgemeinbevölkerung einschränkt, ist auch die – in dieser Studie wohl mit 8 % geringe – Verweigerungsrate bezüglich der Teilnahme an dieser Untersuchung. Grundsätzlich kann nicht ausgeschlossen werden, daß die Häufigkeitsraten dadurch niedriger ausfallen, daß gerade Personen, die ein entsprechend gestörtes Eßverhalten aufweisen, eine Teilnahme eher ab-

Tab. 5 Eßstörung und Eßverhalten

Charakteristika	Unzufriedenheit mit dem Eßverhalten (n = 156) ¹⁾	Gewichtsreduzierende Maßnahmen (n = 92) ²⁾	Diäten im letzten Jahr (n = 201) ³⁾
Vollbild BED (n = 8)	7 (87,5 %)	7 (87,5 %)	3 (37,5 %)
Partiabild BED (n = 42)	13 (31 %)	26 (63,4 %)	16 (39 %)
EDNOS (n = 93)	31 (33,3 %)	43 (46,2 %)	14 (15,2 %)
Bulimie (n = 5)	1 (20 %)	5 (100 %)	1 (20 %)
Keine Eßstörung (n = 848)	104 (12,3 %)	256 (30,2 %)	58 (7,1 %)

¹⁾ Chi-Quadrat Test: $\kappa^2 = 67,646$; DF = 4; sign. [0,0001

²⁾ Chi-Quadrat Test: $\kappa^2 = 47,366$; DF = 4; sign. [0,0001

³⁾ Chi-Quadrat Test: $\kappa^2 = 58,692$; DF = 4; sign. [0,0001

lehnen könnten oder daß von Betroffenen das Eßverhalten in Richtung eines sozial erwünschten „normalen“ Eßverhaltens beschrieben wird. Andererseits zeigen andere Untersuchungen (25), daß Eßstörungen und Gewichtsprobleme nicht häufiger in Gruppen vorkommen, die eine Teilnahme an Untersuchungen bzgl. des Eßverhaltens ablehnen. Dabei scheinen besonders telefonische Interviews für die Probanden weniger bedrohlich zu sein als Interviews von Angesicht zu Angesicht.

Im Rahmen einer weiteren Studie bei Tiroler Männern soll versucht werden, u.a. mit präziseren Fragestellungen (z.B. Lernprozesse, kognitive Prozesse, genetische Disposition) einige unklar gebliebene Punkte noch befriedigender erfassen und darstellen zu können.

Danksagung Wir danken der Firma Organon, Wien, für die finanzielle Unterstützung bei der Durchführung dieser Studie.

Literatur

1. American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. APA, Washington
2. Andersen AE (1995) Eating disorders in males. In: Brownell KD, Fairburn CG (eds) Eating disorders and obesity. The Guilford Press, New York, pp 177–182
3. Carlat DJ, Camargo CA (1991) Review of bulimia nervosa in males. *Am J Psychiatry* 148:831–843
4. Coll M, Meyer A, Stunkard AJ (1979) Obesity and food choices in public places. *Arch Gen Psychiatry* 36: 795–797
5. Cooper Z, Fairburn CG (1987) The eating disorder examination: A semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *Int J Eat Dis* 6:1–8
6. Drewnowski A, Yee DK, Krahn DD (1988) Bulimia in college women: Incidence and recovery rates. *Am J Psychiatry* 145:753–755
7. Fairburn CG, Welch SI, Hay PJ (1993) The classification of current overeating: The “binge eating disorder” proposal. *Int J Eat Dis* 13:155–160
8. Fairburn CG, Wilson CT (1993) Binge eating: Definition and classification. In: Fairburn CG, Wilson CT (eds) Binge eating: Nature, assessment, and treatment. The Guilford Press, New York, pp 3–14
9. Garner DM (1995) Measurement of eating disorder psychopathology. In: Brownell KD, Fairburn CG (eds) Eating disorders and obesity. The Guilford Press, New York, pp 117–121
10. Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D (1982) The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addict Behav* 7:47–55
11. King MB (1989) Eating disorders in a general practice population: Prevalence, characteristics, and follow-up at 12 to 18 months. *Psychol Med* 19 Monograph Supplement 14:1–34
12. Kinzl JF, Traweger C, Trefalt E, Biebl W (1998) Eßstörungen bei Frauen: Eine Repräsentativerhebung. *Z Ernährwiss* 37:23–30
13. Loro AD, Orleans CS (1981) Binge eating in obesity: Preliminary findings and guidelines for behavioral analysis and treatment. *Addict Behav* 6: 155–166
14. Marcus MD, Wing RR, Lamparski DM (1985) Binge eating and dietary restraint in obese patients. *Addict Behav* 10:163–168
15. Polivy J, Herman CP (1987) Diagnosis and treatment of normal eating. *J Cons Clin Psychol* 55:635–644
16. Pudel V (1997) Ernährung – Gewicht – Diät. Die Mythen und die Fakten. In: Reich G, Cierpka M (Hrsg) Psychotherapie der Eßstörungen. G. Thieme Verlag, Stuttgart, pp 1–25
17. Schotte DE, Stunkard AJ (1987) Bulimia vs bulimic behaviors on a college campus. *JAMA* 258:1213–1215
18. Shisslak CM, Crago M, Estes LS (1995) The spectrum of eating disturbances. *Int J Eat Dis* 18:209–219
20. Spitzer RL, Devlin MJ, Walsh BT, Hasin D, Wing R, Marcus M, Stunkard A, Wadden T, Yanovski S, Agras S, Mitchell J, Jonas C (1992) Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *Int J Eat Dis* 11:191–203
21. Spitzer RL, Yanovski S, Wadden T, Wing R, Marcus M, Stunkard A, Devlin M, Mitchell J, Hasin D, Horne RL (1993) Binge eating disorder: Is further validation in a multiple study. *Int J Eat Dis* 13:137–154
22. Striegel-Moore RH, Wilson GT, Wilfley DE, Elder KA, Brownell KD (1998) Binge eating in an obese community sample. *Int J Eat Dis* 23:27–37
23. Telch CF, Agras WS (1996) Do emotional states influence binge eating in the obese? *Int J Eat Dis* 20:271–279
24. Vögele C, Florin J (1997) Psychophysiological response to food exposure: An experimental study in binge eaters. *Int J Eat Dis* 21:147–157
25. Wade T, Tigeggemann M, Martin NG, Heath AC (1997) Characteristics of interview refusals: Women who decline to participate in interviews relating to eating. *Int J Eat Dis* 22:95–99
26. Wilfley DE, Schwartz MB, Spurrell EB, Fairburn CG (1997) Assessing the specific psychopathology of binge eating disorder patients. Interview or self-report? *Behav Res Ther* 35: 1151–1159
27. Yanovski SZ (1993) Binge eating disorder: current knowledge and future directions. *Obes Res* 1:306–324