



Foto: Mauritius

Dr. Lioba Hofmann

Essstörungen bei Männern

Magersucht, Bulimie und die Binge-Eating-Störung sind bekannte Essstörungen. Allen gemeinsam ist, dass Essen oder Nicht-Essen zum Problem mit körperlichen, psychischen und sozialen Konsequenzen wird. Experten verstehen Essstörungen als fehlgeleitetes Problemlösungsverhalten.

Essstörungen dominieren den Tagesablauf der Betroffenen. Nach wie vor sind besonders Mädchen und junge Frauen davon betroffen. Die Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) zeigen jedoch, dass neben 28,9 Prozent der Mädchen immerhin 15,2 Prozent der Jungen im Alter zwischen elf und 17 Jahren Symptome einer Essstörung aufweisen. Im Altersverlauf zeigt sich für Jungen ein abnehmender, für Mädchen ein zunehmender Trend. Ein protektiver Faktor bei den Jungen ist das spätere Einsetzen der Pubertät. Im Vergleich zu den Mädchen nehmen sie auch weniger an Fettmasse und mehr an Muskelmasse zu. Ihr Grundumsatz ist höher, weshalb eventuelle Diäten erfolgreicher sind.

Krankheitsbilder

Die Krankheitsbilder gehen häufig fließend ineinander über. Manche Essstörung lässt sich gerade bei den Männern in kein Raster einordnen, sondern ist eine Mischung aus verschiedenen Formen. Mögliche Charakteristika und diagnostische Hinweise für Essstörungen bei Männern liefert Tabelle 1. Wenn nicht alle Kriterien einer Essstörung erfüllt werden, gilt sie als latente Esssucht oder „nicht näher bezeichnete Essstörung“. Möglicherweise trifft dies häufiger bei Jungen und Männern zu (Hölling, Schlack 2007; Krenn 2003).

Häufigkeit

Da eine Essstörung immer noch als typisch weibliche Erkrankung gilt, existieren nur wenige auf Männer bezogene Studien. Schätzungsweise fünf bis zehn Prozent der Anorektiker sind Männer und zehn bis 15 Prozent

der Bulimiker. Bezieht man die partiellen Syndrome mit ein, ist die Rate der essgestörten Männer möglicherweise wesentlich höher, sowohl für Bulimie als auch für Anorexie. Außerdem ist ein Drittel der Binge-Eater männlichen Geschlechts (Krenn 2003; Muise et al. 2002; www.anad-pathways.de). Da Männer weniger über ihre Unzulänglichkeiten reden als Frauen und demzufolge häufig glauben, die einzigen mit der Problematik zu sein, lässt sich schwer ermesen, wie viele Männer unter versteckten Essstörungen leiden. Vermutlich gibt es viele die weniger schwerwiegende aber dennoch dysfunktionale Essmuster aufweisen (Pope et al. 2001).

Hauptursache: Veränderte männliche Körperideale

In den vergangenen Dekaden sind Frauen zunehmend in Männerdomänen eingedrungen. Die sich wandelnde Rollenverteilung verunsichert viele Männer. Sie haben Schwierigkeiten, ihre individuelle Männlichkeit zu definieren. Muskeln sind eines der wenigen Gebiete, wo sie sich klar von Frauen unterscheiden. Der Körper gilt zunehmend als Definitionsquelle der Männlichkeit. So haben sich auch die Ideale männlicher Attraktivität in den letzten 20 bis 30 Jahren erheblich geändert. Identifikationsobjekte von Jungen und jungen Männern, nämlich sowohl Spielzeugfiguren als auch Männer in Actionfilmen oder Zeitschriften, sind im Vergleich zu den 1960er Jahren wesentlich muskulöser geworden. Muskulöse Männer gelten als männlicher und attraktiver und erhalten von den Altersgenossen Anerkennung und Respekt. Schwächliche Männer gelten als schwächlich, weichlich, eben unmännlich. Jungen und Männer sind also zunehmend mit ihrem körperlichen Erscheinungsbild unzufrieden, wobei sie je nach Figur ab- oder zunehmen möchten. Während für Frauen ein häufig unrealistisch schlanker Körper das Ideal darstellt, ist für die Männer ein schlanker Körper in Kombination mit häufig unrealistisch ausgeprägter Muskulatur erstrebenswert. So beschäftigen sich im Gegensatz zu Frauenjournalen Männermagazine weniger mit Diäten und Dünnsein als vielmehr mit dem Aufbau von Muskelmasse (Benninghoven et al. 2007; Krenn 2003; Labre 2002; Robb, Dadson 2002). Amerikanische Experten haben den Überbegriff „Adoniskomplex“ kreiert, woraus sich die unterschiedlichsten Ausprägungen entwickeln können (Pope et al. 2001).

Besonderheiten bei Männern mit klassischen Essstörungen

Symptomatik und Krankheitsverlauf von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa entsprechen weitgehend denen der Frauen. Auch die medizinischen Komplikationen sind identisch, nur Osteoporose scheint bei Frauen häufiger aufzutreten. Bei an Anorexie erkrankten Männern scheint der bulimische Typ häufiger aufzutreten, ebenso Kauen mit anschließendem Ausspucken der Nahrung. Männer verwenden weniger Laxantien, Diu-

retika oder Appetitzügler als gegensteuernde Maßnahmen. Sie haben aber eine hohe psychische Komorbidität und leiden häufiger an Substanzenmissbrauch und -abhängigkeit als Frauen, zum Beispiel an Alkoholismus, Spiel-, Arbeits- oder Computersucht. Anorektische und bulimische Männer betätigen sich sportlich exzessiver als Frauen. Sie sind weniger um ihr Gewicht besorgt und halten Diäten weniger ein als Frauen. Ein durchtrainierter Körper ist oft wichtiger als ein geringes Körpergewicht. Der innere Druck, in der Öffentlichkeit nur sehr wenig zu essen, scheint bei bulimischen Männern seltener zu sein. Sie haben zur Zeit der Diagnose auch ein höheres Gewicht als Frauen, oft sind sie sogar übergewichtig. Bei essgestörten Männern sind Hemmungen und Unsicherheiten im sexuellen Verhalten und eine Abnahme des sexuellen Interesses zu beobachten. Prädiktoren für einen ungünstigen Krankheitsverlauf bei Männern sind

- eingeschränkte sexuelle Aktivität zum Zeitpunkt der Erstbefragung,
- lange Krankheitsdauer,
- große Anzahl von Vorbehandlungen,
- großer Gewichtsverlust in der Akutphase der Erkrankung sowie
- ein gestörtes Verhältnis zu den Eltern während der Kindheit (DHS 2004; Krenn 2003).

Insbesondere Bulimie ist bei Männern schwer zu erkennen. Sie akzeptieren Essanfälle eher als Frauen, in Kliniken werden oft nur die schwersten Fälle aufgedeckt. Auch Magersucht bleibt bei jungen Männern oft unerkannt. Viele Mediziner erklären sich die Gewichtsabnahme bei Jugendlichen mit Wachstumsschüben. Eltern sollten aufmerksam werden, wenn ihre Söhne exzessiv Sport treiben und dabei stark abnehmen (www.kinderaerzteimnetz.de). Anorektische Männer bleiben aufgrund ihrer athletischen Ambitionen auch eher unentdeckt. Manche Männer verbergen die Magersucht aus Angst vor sozialer Ausgrenzung. Dazu können exzessiver Sport und Muskelaufbaumittel beitragen (Donner 2004; www.magersucht-online.de). Ärzte sind bei Männern im Gegensatz zu Frauen nicht für Essstörun-

Tabelle 1: Charakteristika und mögliche diagnostische Hinweise bei Männern mit Essstörungen (GIVE 2008)

- Übergewicht zu Beginn der Essstörung
- Starker Gewichtsverlust und Hormonstörungen
- Probleme und Ängste bezüglich Sexualität und sexueller Identität
- Ausbruch der Essstörungen durch spätere Pubertät in einem höheren Alter als bei Mädchen (zwischen dem 17. und 24. Lebensjahr)
- Ideal des Körperbildes entspricht dem von Athleten, fehlender Bezug zur Realität und dem eigenen Aussehen
- Regelmäßiges exzessives Betreiben von Sport
- Einnahme von leistungssteigernden Substanzen (veränderte Brustwarzen und Akne)
- Fehlender Gewichtsanstieg während der Wachstumsphase und Ausbleiben des Wachstumsschubes als erste Hinweise auf eine Essstörung bei sportlich aktiven Kindern und Jugendlichen
- Abhängiges, passiv-aggressives Verhalten
- Engere Bindung zur Mutter als zum Vater
- Selbstzerstörerisches Verhalten und Persönlichkeitsstörungen
- Depressionen und Alkoholabhängigkeit

NACHGEFRAGT

Anorexia nervosa: Untergewicht durch absichtlich und selbst herbeigeführten starken Gewichtsverlust mit ausgeprägten Ängsten vor einer Gewichtszunahme verbunden mit einer Störung der Wahrnehmung der eigenen Figur.

Bulimia nervosa: wiederkehrende, unkontrollierte Essanfälle (2-mal pro Woche über 3 Monate) mit wiederkehrendem, unangemessenen Kompensationsverhalten (selbst induziertes Erbrechen, Medikamente, Fasten, exzessiver Sport). Betroffene sind meist normalgewichtig, Figur und Gewicht haben aber einen starken Einfluss auf die Selbstbewertung.

Binge-Eating-Störung: wiederkehrende, unkontrollierte Essanfälle (2-mal pro Woche über 6 Monate) ohne unangemessenes Kompensationsverhalten. Betroffene sind häufig adipös und leiden unter den Essanfällen.

Die überwiegende Anzahl der Patienten, die sich zur ambulanten Behandlung vorstellt, erfüllt nicht die vollen Kriterien einer klassischen Essstörung.

Quelle: Herpertz S, De Zwaan M, Zipfel S (Hrsg.): Handbuch Essstörungen und Adipositas. Springer Medizin Verlag, Heidelberg (2008)

gen sensibilisiert, sodass Diagnose und Therapie oft sehr spät erfolgen, häufig erst bei signifikanten Komorbiditäten (Muisse et al. 2003).

Männliche Binge-Eater haben weniger psychiatrische Symptome als Frauen und sind weniger strikt in ihrem Diätverhalten. Insbesondere viele junge Männer erfüllen die vollen Kriterien des Binge-Eating-Syndroms nicht. Während eines Essanfalls, der auch häufig nicht so schuldbeladen ist, essen sie meist mehr als Frauen (Robb, Dadson 2002). Insgesamt entwickeln Jungen seltener ein Binge-Eating-Verhalten als Mädchen, vielleicht weil sie auch seltener von Aggressionen seitens ihrer Altersgenossen wegen des hohen Körpergewichts betroffen sind. Die Binge-Eating-Störung kann sowohl Ursache als auch Folge einer Adipositas sein. Aufgrund der Veränderung der Therapieprinzipien weg von der rigiden hin zur flexiblen Kontrolle kann auch bei Essstörungen eine Adipositas-therapie erfolgreich sein (Wiegand 2007).

Biggerexie

Jungen sind in weit höherem Maße als Mädchen der Überzeugung, körperliche Zustände aktiv beeinflussen und kontrollieren zu können. Der pubertäre Muskelzuwachs unterstützt diese Auffassung. Männliche Jugendliche erleben sich durch den kraftvollen Umgang mit ihrem Körper sportlich kompetenter und leistungsfähiger. Erste Diäten führen sie häufig durch, um mehr Muskeln und bessere Leistungen zu erzielen (DHS 2004). Erst wenn der Wunsch nach sportlicher Betätigung und einen muskulären Körperbau exzessiv wird, ist Gefahr in Verzug. Biggerexie – Synonyme sind Muskelsucht oder Muskeldysmorphie – geht mit dem zwanghaften Wunsch einher, den Körper zu formen. Manche Männer finden sich zu dick und möchten abnehmen, manche zu dünn und möchten zunehmen, beide Typen wollen muskulös sein. Dickere haben möglicherweise Erfahrung mit Binge-Eating (Essanfall, Fasten, exzessiver Sport und wieder Essanfall). Manche überessen sich, um an Gewicht zuzunehmen. Beide benutzen unterschiedliche Techniken, um ihr Ziel zu erreichen, etwa sehr proteinreiche oder sehr fettarme Diäten. Das damit einher-

gehende kontrollierte und genussfeindliche Verhalten führt häufig zu impulsiven Essanfällen. Die Betroffenen leiden an einer Störung der Selbstwahrnehmung, ähnlich der Anorexie. Trotz bereits athletischem Körperbau schätzen sie sich selbst als schwächig ein. Je mehr sich die Männer auf ihr Äußeres konzentrieren, desto unzufriedener werden sie. Sie ordnen berufliche Kontakte oder Freizeitaktivitäten einem zwanghaften Trainingsplan unter. Oft meiden sie Situationen, bei denen andere ihren Körper sehen können. Zuweilen tragen sie mehrere Lagen von Kleidung, um muskulöser zu wirken. Ähnlich wie Magersüchtige gehen Betroffene das Risiko körperlicher Selbsterstörung ein, denn übertriebenes Training oder leistungssteigernde Substanzen können zu schweren körperlichen Schäden führen (BZgA 2005; Grieve 2007). Vor allem Jungen, die spät in die Pubertät kommen und den Muskelzuwachs ihrer Altersgenossen noch nicht haben, neigen dazu, riskante Methoden anzuwenden. Pope und Mitarbeiter (2001) haben diagnostische Kriterien für die Biggerexie entworfen (Tab. 2). Tabelle 3 informiert über den Umgang mit dieser Form der Essstörung.

Tabelle 2: Diagnostische Kriterien für Muskeldysmorphie (Pope et al. 2001)

- Übermäßige Beschäftigung mit der Vorstellung, der eigene Körper sei nicht ausreichend mager und muskulös. Charakteristische Verhaltensweisen wie extrem langes Gewichtstraining und exzessive Diät sind damit verbunden.
- Die übermäßige Beschäftigung manifestiert sich durch mindestens zwei der folgenden Kriterien:
 1. Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgegeben aus dem zwanghaften Bedürfnis heraus, den Trainings- und Diätplan aufrechtzuerhalten.
 2. Situationen, in denen der Körper den Blicken anderer preisgegeben ist (Strand, Schwimmbad, Duschen in Gemeinschaft etc.), werden gemieden.
 3. Die Betroffenen leiden unter der übermäßigen Beschäftigung mit der Unzulänglichkeit von Körperumfang oder Muskulatur.
 4. Die Betroffenen halten Training, Diät oder Einnahme ergogener (leistungssteigernder) Substanzen aufrecht, obwohl sie die schädlichen physischen und psychischen Folgen kennen.

Tabelle 3: Möglichkeiten des Umgangs mit Muskeldysmorphie (Leone et al. 2005; Muise et al. 2003; Pope et al. 2001)

- Mit dem Sohn/Freund „im Gespräch bleiben“
- Ermutigen, Gefühle zu äußern
- Daran erinnern, dass viele Andere gleiche Bedenken bezüglich ihres Äußeren haben
- Den Betroffenen vom „Alles-oder-nichts-Denken“ abbringen sowie von dem Gedanken, dass ein negatives Körperbild unänderlich ist
- Verdeutlichen, dass Medien und Werbung nicht zu diktieren haben, wie man aussieht
- Positive Verstärkung des Betroffenen
- Ermutigen, nach anderen Quellen gesunder Selbstachtung zu suchen
- Ungünstig sind Co-Abhängigkeit, Ignorieren der Probleme oder Vorwürfe
- Trainer und Sportlehrer sollten Körpergewicht/Körperzusammensetzung nicht mit Erfolg/Misserfolg in Beziehung setzen

Leistungssteigernde und muskelaufbauende Substanzen

Viele Männer greifen zu potenziell gefährlichen Anabolika und anderen Pharmazeutika, um ihre Muskeln aufzubauen. Insbesondere in den USA ist diese Tendenz weit verbreitet, da sich das Idealbild des männlichen Körpers immer weiter von dem entfernt was ein normaler Mann erreichen kann. So gestatten es Steroide, die biologisch gesetzte Grenze des Muskelaufbaus zu durchbrechen, insbesondere an Schultern, Brust und Oberarmen (Pope et al. 2001). In Deutschland nehmen schätzungsweise 200.000 „Hobbyathleten“ Doping-Mittel ein. Eine Studie der Sporthochschule Köln besagt, dass von 400 Besuchern eines Kölner Jugendzentrums sieben Prozent in den vergangenen zwölf Monaten Anabolika eingenommen haben (Ärzteblatt vom 14.6.2007).

Die Gefahren von bei uns nicht zulässigen Anabolika werden oft unterschätzt und viel zu spät erkannt. Tabelle 4 informiert über mögliche Nebenwirkungen leistungssteigernder Substanzen. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und das Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) warnen vor dem Kauf von Muskelaufbaupräparaten aus dem Internet und aus dem Angebot von Zeitschriften. Nach Untersuchungen von Überwachungsbehörden in Deutschland enthielten einige als Nahrungsergänzungsmittel bezeichnete Produkte aus dem Internet Anabolika, die aber nicht als Inhaltsstoffe angegeben waren (www.bfr.bund.de vom 28.8.2006). Quellen aus den USA sind darüber hinaus problematisch, weil dort in Verkehr befindliche Nahrungsergänzungsmittel höhere Wirkstoffdosierungen enthalten können und nach deutschem Recht als Arzneimittel zugelassen sein müssten. In jedem Fall können Nahrungsergänzungsmittel mit Hormonvorstufen angereichert sein, die nicht auf der Packung angegeben sind (BZgA 2003). Schätzungsweise 20 Prozent der Nahrungsergänzungsmittel im Sportlernahrungsbereich sind mit nicht deklarierten Prohormonen und Anabolika kontaminiert (Dorl 2008). Ein geringes Risiko für Dopingsubstanzen haben Nahrungsergänzungsmittel der vom Olympiastützpunkt Köln veröffentlichten „Kölner Liste“ unter www.koelnerliste.com.

Beim Aufbau der Muskeln spielt Eiweiß eine große Rolle. Die Mengen von etwa 1,2 Gramm pro Kilogramm Körpergewicht entsprechend dem Bedarf eines Kraftsportlers lassen sich problemlos über eine ausgewogene Mischkost aufnehmen. Die zusätzliche Einnahme von Präparaten führt dann zu überschüssigem Harnstoff, der die Nieren belastet. Dies hat Stiftung Warentest an zehn Eiweißpräparaten bestätigt, die teuer aber überflüssig sind (test 2/2008; www.test.de, 24.01.2008). Athleten, die trotzdem Eiweißkonzentrate einnehmen wollen, sollten ihre Trinkmenge verdoppeln.

Kreatin, auch ein beliebtes Nahrungsergänzungsmittel, bildet der Körper selbst. Neben ATP ist es die wichtigste Energiequelle unseres Körpers. Vor allem über Fleisch und Fisch führen wir es mit der Nahrung zu. Einen leistungssteigernden Effekt haben diese Mengen nicht. Kreatin in hohen Dosen zeigt keinerlei Wirkung beim Ausdauersport, kann aber die Ermüdung während des

Krafttrainings hinauszögern. Auch andere Präparate wie Carnithin, HMB (Hydroxy-Methyl-Butyrat), CLA (konjugierte Linolsäuren), Chrom, Phosphatsalze, Alkalisalze, Chitosan, Gelatine, Inosin oder Coenzym Q10 haben keine wissenschaftlich belegte Wirkung auf Muskelaufbau, Fettabbau oder Leistungssteigerung (BZgA 2003; www.ernaehrung.de; www.was-wir-essen.de).

Risikogruppen und Risikofaktoren für Essstörungen

Sportarten, die ihren Fokus auf das Gewicht richten, prädestinieren Männer zu Essstörungen, zum Beispiel Ringen, Rudern, Skispringen, Judo, Karate und Klettern sowie ästhetische Sportarten wie Tanz, Ballett und Kunstturnen. Aber auch Ausdauersportarten erhöhen das Risiko, etwa Skilanglauf, Schwimmen, Langstreckenlaufen und Radrennen. Speziell für die Muskeldysmorphie sind Sportarten, die eine hohe Muskelmasse benötigen wie Football und Bodybuilding, besondere Prädiktoren. Sportler sind dem Druck eines speziellen Gewichts und Körperrumfangs stärker ausgesetzt. Außerdem besitzen sie den erforderlichen Wettkampfgeist, das Bedürfnis nach Kontrolle und perfektionistische Tendenzen. Eine kritische Zeit ist die Unterbrechung des Trainings durch

Tabelle 4: Nebenwirkungen von muskelaufbauenden, fettverbrennenden und leistungssteigernden Substanzen (www.ernaehrung.de; www.dshs-koeln.de; Kamber, Mullis 2007)

Steroidhormone:

- Brustwachstum und Akne
- Abnahme der Spermienzahl und des Hodenvolumens, Impotenz
- veränderte Cholesterinwerte; hoher Blutdruck, Arteriosklerose, Schlaganfall, Herzinfarkt
- Herzvergrößerung (Linksherzhypertrophie) bis hin zum Herzversagen
- Veränderungen bei der Blutgerinnung
- Prostatakrebs, Lebertumore und Einblutungen
- Beeinträchtigung des Salzhaushaltes
- bei Jugendlichen vorzeitiger Wachstumsstopp durch Schließen der Wachstumsfugen
- Stimmungsschwankungen, Aggressionen bis zur Gewalt
- Beeinträchtigung des Urteils- und Wahrnehmungsvermögens
- psychotische Wahnvorstellungen
- hohes Suchtpotenzial

Clenbuterol: kein Hormonpräparat, dient eigentlich der Asthmatherapie, hat fettverbrennende und muskelaufbauende Eigenschaften

- Herz-Kreislauf-Komplikationen
- Schlafstörungen

Ephedrin: aus chinesischer Pflanze namens Ephedra (Meerträubel oder Mahuang) gewonnen, erhöht die Leistungsfähigkeit und wirkt fettverbrennend

- Nervosität, Zittern, Herzrhythmusstörungen, Bluthochdruck
- Herzrasen, Schweißausbrüche
- in hoher Dosierung Krampfanfälle, psychische Veränderungen
- Sucht erzeugend, kann tödlich sein
- Schlafstörungen

Wachstumshormon: wirkt beim Erwachsenen anabol und verbessert die Muskelleistung

- hohe Dosen führen zu Diabetes, Leber- und Knochenschäden

Kreatin (hoch dosiert):

- Wassereinlagerungen in den Muskelzellen bewirken steigendes Verletzungsrisiko
- Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Muskelkrämpfe
- beeinträchtigt möglicherweise die Nierenfunktion, führt vor allem in warmen Klimaten zu Flüssigkeitsverschiebungen im Körper

Verletzung oder Erkrankung. Oft werden gewichtskontrollierende Maßnahmen eingesetzt, um unerwünschte Gewichtszunahmen durch sportliche Inaktivität zu verhindern (Grieve 2007; Scheer, Tappauf 2007).

Homosexuelle Männer haben ein erhöhtes Risiko an einer Essstörung zu erkranken, denn möglicherweise prägt die äußere Erscheinung ihr Selbstwertgefühl noch mehr als bei Heterosexuellen. Sie könnten dem gleichen Attraktivitätsdruck unterliegen wie Frauen. Auch Männer in Berufen, wo das äußere Erscheinungsbild eine Rolle spielt, zum Beispiel Schauspieler und Models, Männer, die regelmäßig mit Nahrungsaufnahme zu tun haben, sowie Männer in traditionellen Frauenberufen erkranken häufiger an Essstörungen.

Männer, die schon im Kindes- und Jugendalter an Übergewicht litten, haben ein erhöhtes Risiko für eine Essstörung. Eine Adipositas in der Kindheit bewirkt in 60 Prozent der Fälle Essstörungen in späteren Lebensjahren. Diätversuche gehen häufig einem gestörten Essverhalten voraus. Auslöser können auch Ängste bezüglich der Sexualität, Hänseleien wegen des Übergewichts sowie persönliche Stressfaktoren sein (DHS 2004; Krenn 2003; www.magersucht-online.de).

Therapie von Essstörungen bei Männern

Wenn auch Männer mit Essstörungen zunehmend Experten aufsuchen, so ist ihre Hemmschwelle aus Angst vor Stigmatisierung immer noch hoch. Grundsätzlich legen Männer ungern ihre Probleme offen. Die größte Herausforderung besteht daher darin, die Betroffenen zu überzeugen, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dies erscheint vielen Männern als Eingeständnis von Schwäche. Männliche Betroffene können sich zudem oft nicht vorstellen, sich in einer Therapiegruppe mit ausschließlich Frauen zu öffnen. In einigen Städten

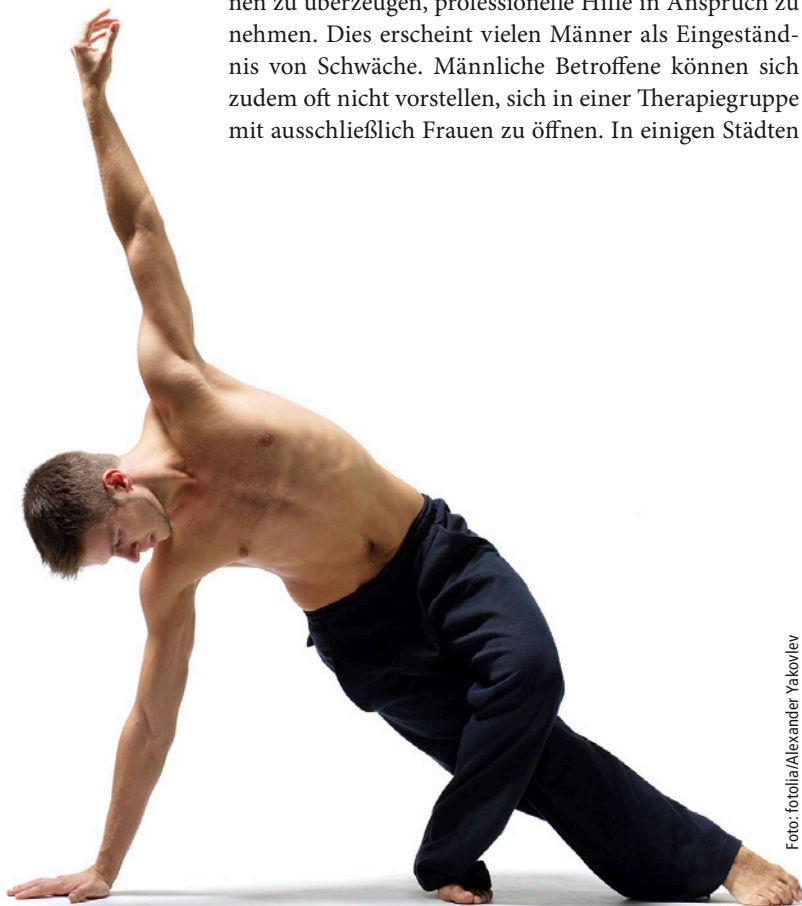


Foto: fotolia/Alexander Yakovlev

Tabelle 5: Anlaufstellen/Medien für Jungen und Männer mit Essstörungen (neben dem Kinder- oder Hausarzt)

- Telefonberatung der BZgA für Betroffene, Angehörige und Interessierte. Telefon: 0221 892031. Montag bis Donnerstag von 10.00–22.00 Uhr. Freitag bis Sonntag von 10.00–18.00 Uhr, auch an Feiertagen
Adressensuche unter www.bzga-essstoerungen.de/beratungsstellen.htm
- ANAD e. V. (Beratungsstelle bei Essstörungen)
Telefon: 089 2199730, E-Mail: beratung@anad.de; mit eigener therapeutischer Wohngruppe für essgestörte Männer
- BZE (Bonner Zentrum für Essstörungen e. V.)
Telefon: 0228 210126, E-Mail: infi@b-z-e.de
- unter www.hungrig-online.de sowie www.essprobleme.com existiert ein Männerforum
- Sowhat-Institut: Geschlechtergerechte Jugendhilfe,
Telefon: 0391 6310556
- Literaturtipps:
Bader M: Essstörungen bei jüngeren Männern. VDM Verlag Dr. Müller (2006)
Fütterer S: Körperwahrnehmung und Essstörungen bei jungen Männern. Grin Verlag, München (2008)
Wappis B: Darüber spricht man(n) nicht. Ein autobiographischer Erfahrungsbericht und Ratgeber. Books on Demand, Norderstedt (2005)

und mehreren Kliniken gibt es daher auch Gesprächsgruppen nur für Männer. Adressen und Kontakte vermitteln Beratungsstellen für Essstörungen (Tab. 5). Dass Männer in der stationären Therapie sowie in Selbsthilfegruppen unterrepräsentiert sind, verstärkt sie in ihren Ängsten vor Stigmatisierung.

Ähnlich wie bei Frauen sollte auch bei Männern mit Essstörungen eine positivere Bewertung und Wahrnehmung des eigenen Körpers ein wichtiges Therapieziel sein (Benninghoven et al. 2007; Krenn 2003; www.anad-pathways.de). Vorrangig ist die Änderung des verzerrten Selbstbildes, eine neue, autonome und selbstbewusstere Lebensorientierung und das Wiedererlernen eines normalen Essverhaltens. Trotz vieler Ähnlichkeiten zwischen Männern und Frauen spricht einiges für geschlechtsspezifische Therapiekonzepte. Beispielsweise nehmen Männer Essanfälle anders wahr als Frauen.

Wird die Krankheit früh diagnostiziert, sind die Heilungsaussichten ähnlich wie bei Frauen sehr viel höher. Männer begeben sich jedoch häufiger erst in einem sehr späten Stadium der Erkrankung in Therapie und sind in der Therapie oft schlechter zugänglich. Sie bleiben in der Regel kürzer in stationärer Behandlung. Die Erfolgsraten sind niedriger als bei Frauen. Männer haben oft Schwierigkeiten, sich mit einer vermeintlichen Frauenkrankheit zu identifizieren (Donner 2004; Muise et al. 2003; www.magersucht-online.de).

Prävention von Essstörungen

Zur Prävention ist eine bessere und frühzeitige Erkennung durch vermehrte Aufklärung von Jugendlichen und Sorgeberechtigten über das Krankheitsbild, die Risikofaktoren, Gefahren von essstörungsrelevantem gesundheitsschädigendem Verhalten wie Kalorienrestriktion oder induziertes Erbrechen sowie eine Sensibilisie-

Tabelle 6: Möglichkeiten der Prävention von Essstörungen in der Schule und zu Hause (SPZ 2007; www.fachstelle-praevention.de; www.bbs-1.de/~essstoerungen/Pravention/praevention.html)

- Gesunder und genussvoller Umgang mit dem Thema Essen in der Familie
- Akzeptanz der Individualität und Geschmacksvorlieben jedes Familienmitgliedes
- Altersangemessene Mitverantwortung und Einbeziehung der Kinder und Jugendlichen in die Versorgung
- Ein vernünftiges Angebot an Speisen in den Schulen sowie ausreichend Bewegungsmöglichkeiten, um Übergewicht und Essstörungen vorzubeugen
- Verstärkte Fortbildung der Lehrer/-innen
- Kritische Auseinandersetzung mit Medien/Werbung und ihrer Wirkung sowie mit den Schönheitsidealen
- Betrachtung veränderter Frauen- und Männerrollen im Wandel der Zeit
- Aufklärung über Muskelaufbaupräparate, insbesondere Anabolika, Diätpräparate und Fasten
- Vermittlung gesunder Ernährung und sportlicher Aktivität sowie Information über die schädlichen Auswirkungen gewichtsregulierenden Verhaltens
- Vermittlung eines positiven Körpergefühls und Akzeptanz, dass Körperform und Gewicht individuell verschieden sind
- Generelle Stärkung des Selbstvertrauens und Ermutigung zur Kommunikation
- Vermittlung von Bewältigungsstrategien gegen Stress und gesellschaftlichen Druck
- Förderung des konstruktiven Umgangs mit Konflikten, z. B. Nein-Sagen-Lernen, Selbstbehauptungstrainings
- Qualifizierung, mit positivem Feedback und Anerkennung sowie mit Kritik und Versagen angemessen umzugehen
- Vermittlung positiver Modelle für die Verteilung und Übernahme familiärer und gesellschaftlicher Aufgaben
- Vorbereitung der Jugendlichen auf die Veränderungen in der Pubertät und verständnisvolle Begleitung des Entwicklungsprozesses
- Erlernen und Üben von Entspannungs- und Selbstverteidigungstechniken

rung pädagogisch Tätiger wie Lehrer oder Trainer erforderlich. Schulen können einen wichtigen Beitrag zur Prävention leisten (Tab. 6). Der Trainer ist ein wichtiger Ansprechpartner für Sportler. Er bemerkt körperliche Veränderungen meist früh und sollte in geeigneter Weise darauf reagieren (Hölling, Schlack 2007). Die im Dezember 2007 gestartete Initiative der Bundesregierung „Leben hat Gewicht – gemeinsam gegen den Schlankheitswahn“ bindet Essstörungen in den Nationalen Aktionsplan für Prävention ein. Ziel ist es, jungen Menschen ein positives Körperbild zu vermitteln und das Selbstwertgefühl zu stärken. Neue Angebote zur Aufklärung, Unterstützung und Stärkung sollen entstehen (www.leben-hat-gewicht.de). Präventionsangebote, die auch Jungen einbeziehen, zeigt Tabelle 7.

Das muskulöse Ideal der Männer kann durchaus dazu beitragen, mehr Sport und andere gesundheitsfördernde Maßnahmen zu betreiben. Deshalb sollte jegliche Art von Sport, auch Body-Building, nicht grundsätzlich in einem schlechten Licht stehen, sondern nur das Streben nach der extremen Form dieses Ideals (Labre 2002).

Tabelle 7: Beispiele für Präventionsangebote

- Die BZgA hat neben Informationen für Betroffene und Angehörige Präventionsangebote nach Postleitzahlen geordnet unter www.bzga-essstoerungen.de/praevangebot.htm
- Präventionsprojekt „Jugend mit Biss“ an Frankfurter Schulen; www.essstoerungen-frankfurt.de
- Geschlechterdifferenzierende Gesundheitsförderung für Schulen und Jugendhilfeeinrichtungen: Schulprojekt zur Prävention von Essstörungen und Suchtverhalten ab 7. Klasse „Wer bin ich? Ich bin wer!“ mit Jungenmodulen; www.tima-ev.de/img/werbinich.pdf
- TOPP für Jungen (Teenager ohne pfundige Probleme) der 6. Klasse zur Prävention von Übergewicht und Bewegungsmangel; www.h-p-z.de/topp/index.asp
- Torera: für Jungen und Mädchen zur Vorbeugung von Bulimie, „Fressanfällen“ und Adipositas; www.med.uni-jena.de/mpsy/torera/
- Leibeslust – Lebenslust: Prävention von Essstörungen im Kindergarten von der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V. in Schleswig-Holstein; www.lv-gesundheit-sh.de
- Essstörungsprävention via Internet der Universität Heidelberg unter www.ess-prit.de
- Broschüre: Zu dünn, zu dick oder gerade richtig – Prävention von Essstörungen; www.geschlechtergerechtejugendhilfe.de/downloads/essstoer.pdf
- Das Bonner Zentrum für Essstörungen e. V. bietet zur Prävention Unterrichtseinheiten für Schulklassen, Informationsabende für Eltern, Fortbildungen für Lehrer/-innen an; www.b-z-e.de
- Literaturtipps:
Berger U: Essstörungen wirkungsvoll vorbeugen. Verlag Kohlhammer, Stuttgart (2008)
Dannigkeit N: Prävention von Essstörungen: Trainingsprogramm zum Einsatz an Schulen. Dgvt-Verlag, Tübingen (2007)

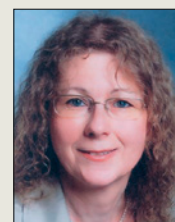
Fazit

Obwohl Essstörungen immer noch als weibliche Erkrankung gelten, können auch Männer grundsätzlich an allen Erscheinungsformen von Essstörungen erkranken. Dabei sind das Auftreten von Mischformen oder nicht alle Kriterien einer Essstörung erfüllende Formen häufiger. Veränderte Körperideale und Rollenbilder bewirken, dass sich auch Männer zunehmend über ihren Körper identifizieren. Dabei suchen sie aus Scham oft erst spät professionelle Hilfe auf, spezielle Anlaufstellen für Männer sind rar. Lebenskompetenzfördernde Präventivmaßnahmen können bereits Kinder und Jugendliche in ihrer Identitätsentwicklung durch die Förderung eines positiven Körper- und Selbstwertgefühls, einer sicheren Selbstwirksamkeit und einem realistischen Selbstkonzept stärken.

Die Literaturliste ist in der Redaktion erhältlich oder unter www.ernaehrung-im-fokus.de in der rechten Serviceleiste unter „Literaturübersicht“.

Die Autorin

Dr. Lioba Hofmann absolvierte 1988 das Studium der Ernährungswissenschaft an der Universität Bonn. 1993 promovierte sie an der Medizinischen Universitäts-Poliklinik Bonn. Sie arbeitet als freie Fachjournalistin in Troisdorf.



Dr. Lioba Hofmann
Theodor-Heuss-Ring 15
53840 Troisdorf
E-Mail: LiobaHofmann@hotmail.de

Literatur:

Benninghoven D, Tadic V, Kunzendorf S, Jantschek G: Körperbilder männlicher Patienten und Essstörungen. *Psychother Psych Med* 57, 120–127 (2007)

BZgA: Nahrungsergänzungsmittel – Was man wissen sollte. Gut Drauf (2003)

BZgA: Gefährliches Ziel: Traumbody – Zwischen Hungerwahn und Muskelsucht. Gut Drauf (2005)

Cafri G, Van den Berg P, Thompson JK: Pursuit of muscularity in adolescent boys: relations among biopsychosocial variables and clinical outcomes. *J Clin Child Adolesc Psychol* 35, 283–291 (2006)

DHS: Essstörungen. Suchtmedizinische Reihe Band 3. www.dhs.de/web/daten/essstoerung.pdf (2004)

Donner S: Tabuthema: Essstörungen bei Männern. www.lichtblick.99.de (2004)

Dorl A: Nahrungsergänzungsmittel für Sportler – was ist drin und was ist dran. www.gesundheit.de (2008)

GIVE (Servicestelle für Gesundheitsbildung aus Österreich): Infopaket Essstörungen. www.give.or.at (2008)

Grieve FG: A conceptual model of factors contributing to the development of muscle dysmorphia. *Eat Disord* 15, 63–80 (2007)

Hölling H, Schlack R: Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50, 794–799 (2007)

Kamber M, Mullis PE: Doping im Jugendalter. *Ther Umsch* 64, 83–89 (2007)

Krenn H: Essstörungen bei Männern. Dissertation (2003)

Labre MP: Adolescent boys and the muscular male body ideal. *Soc Adolesc Med* 30, 233–242 (2002)

Leone JE, Sedory EJ, Gray KA: Recognition and treatment of muscle dysmorphia and related body image disorders. *J Athl Training* 40, 352–359 (2005):

Muise AM, Stein DG, Arbess G: Eating Disorders in adolescent boys: a review of the adolescent and young adult literature. *J Adolesc Health* 33, 427–435 (2003)

Pope HG, Phillips KA, Olivardia R: *Der Adoniskomplex*. Deutscher Taschenbuch-Verlag München 2001

Robb AS, Dadson MJ: Eating disorders in male. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am* 11, 399–418 (2002)

Scheer P, Tappauf M: Essstörungen und (Leistungs-) Sport. www.does4you.at (2007)

SPZ (Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung SuchtPräventionsZentrum): *Essenslust und Körperfrust – Leitfaden zur Prävention von Essstörungen in der Schule* (2007)

Wiegand S: Geschlecht und Adipositas – bedeutet Dicksein daselbe für Jungen und Mädchen? *Therapeutische Umschau* 64, 319–324 (2007)