

Essstörungen bei Jungen und Männern

HERAUSGEBERIN

Landesfachstelle Essstörungen NRW
www.landesfachstelle-essstoerungen-nrw.de

KONTAKT

Landesfachstelle Essstörungen NRW
Georgstraße 7, 50676 Köln
Telefon: 0221-2010-344
E-Mail: info@landesfachstelle-essstoerungen-nrw.de

Köln, 2019

Vorwort

// Essstörungen bei Jungen und Männern sind in den letzten Jahren zunehmend in den Blickpunkt gerückt und gewinnen sowohl in der Forschung als auch in der wissenschaftlichen Literatur und in den Medien an Bedeutung. Trotzdem ist der wissenschaftliche Erkenntnisstand zu Epidemiologie, Ausprägung und Verlauf der Erkrankungen bei männlichen Patienten bislang gering.

Essstörungen – insbesondere die Anorexie und die Bulimie – zählen zu den vermeintlich „typischen Mädchen- bzw. Frauenkrankheiten“. Sie werden, treten sie bei Jungen und Männern auf, von den Betroffenen selbst, von ihrem Umfeld und von Fachpersonen oft nicht oder erst sehr spät als Essstörung wahrgenommen beziehungsweise definiert. Fachleute sprechen von einem unterschätzten Thema und beschreiben die Problematik der Essstörungen bei Jungen und Männern mit den Worten *unterdiagnostiziert, unterbehandelt und missverstanden*. Die Gefahr des nicht gelingenden Zugangs zu Beratung und Behandlung und einer Chronifizierung ist in besonderem Maße gegeben.

Umso wichtiger ist es, dass Fachpersonen, vornehmlich aus psychosozialen, psychotherapeutischen und medizinischen sowie pädagogischen Berufsfeldern, für das Phänomen der Essstörungen bei Jungen und Männern sensibilisiert sind.

Die *Landesfachstelle Essstörungen NRW* will mit diesem Themenheft auf die Problematik von Essstörungen vornehmlich bei Jungen und jungen Männern aufmerksam machen, Wissen vermitteln und erste Hilfestellungen im Umgang mit Betroffenen geben. Bewusst verzichten wir in diesem Zusammenhang auf einen ständigen Vergleich mit Mädchen und Frauen, deren Belange – der Problematik angemessen – anderweitig beschrieben sind.

Perspektivisch sollen Fachleute und Einrichtungen angeregt und unterstützt werden, Betroffenen und ihren Angehörigen den Zugang zu Beratung und Behandlung zu erleichtern, geeignete Hilfen weiter zu entwickeln und in ihre Angebote zu integrieren.

Unser besonderer Dank gilt an dieser Stelle Ute Waschescio, die den psychologisch-therapeutischen Teil des Themenheftes verfasst hat sowie Dr. Reinhard Winter und Gunter Neubauer vom Sozialwissenschaftlichen Institut Tübingen (SOWIT) für ihren sozialwissenschaftlichen Beitrag. Autorin und Autoren verfügen in ihren Feldern über eine langjährige und ausgesprochen spezifische Expertise im Bereich *Essstörungen und Psychotherapie* bzw. *Jungen/Männer und Gesundheit*. Mit ihren reichen „Erfahrungsschätzen“ beleuchten sie die Thematik aus unterschiedlichen Perspektiven und geben wertvolle wegweisende Impulse.

Lesen lassen sich beide Teile unabhängig voneinander – und dennoch ergänzen und verstärken sie sich in der Gesamtschau gegenseitig. Das Themenheft ermöglicht auch das Nachschlagen einzelner Schwerpunktthemen und soll zum „Durchstöbern“ einladen. //

Maria Spahn
Ärztin für Psychiatrie
Landesfachstelle Essstörungen NRW

Essstörungen bei Jungen und Männern

aus psychotherapeutischer Sicht

Einleitung	3
Diagnostische Hürden	4
Essstörungen	6
Fütter- und Essstörungen gemäß DSM-5	6
Epidemiologische Aspekte u. klinische Besonderheiten	8
Entstehungs- und Entwicklungszusammenhänge aus tiefenpsychologischer Sicht.....	10
Muskeldysmorphie: Essstörung „unter dem Radar“?	11
Historie und Begrifflichkeiten	11
Symptomatik und Kernmerkmale der Muskeldysmorphie	11
Anamnese und Diagnostik	12
Gemeinsamkeiten	13
Muskeldysmorphie und klassische Essstörungen	13
Diagnostic crossover	13
Kernproblematik Körperunzufriedenheit	13
Entstehungszusammenhang Adoleszenz	15
Belastung und Risikofaktor: Stigma	16
Empfehlungen für die Beratung und Behandlung	18
Anzeichen erkennen und ernst nehmen	18
Die eigene Haltung bewusst machen	18
Hilfe anbieten	19
Anhang	21
Anhang 1: Diagnostische Kriterien DSM-5	21
Anhang 2: Anamnese und Diagnostik bei Essstörungen – hilfreiche Fragen und Beobachtungen ...	24
Anhang 3: Diagnosekriterien Muskeldysmorphie nach Pope	25
Literatur	26

Körper und Geschlecht bei Jungen und Männern –

eine sozialwissenschaftliche Betrachtung

Einleitung	28
Essstörungen historisch: ein weiblicher Zusammenhang	29
Essstörungen bei Jungen und Männern: ein marginalisiertes und verdrängtes Thema	31
Körper – Geschlecht – männliche Identität	33
Moderne Widersprüche und Unsicherheiten im Männlichen	33
Beruf und Erwerbstätigkeit als Kernelemente männlicher Identität	34
Männliche „Körperarbeit“	34
Funktionieren statt spüren	35
Bloß nicht Opfer werden!	36
Neue Männerkörper?	37
Das Äußere zählt immer mehr	38
Bewertete Körper	38
Gegenbewegungen	40
Risikofelder männlicher Körperlichkeit	41
Essen, Ernährung und männliche Selbstsorge	41
Normal? Zu viel? Diät!	43
Sport: Bewegung mit Problempotenzial	44
Fazit, Ausblicke und Ansätze	47
Verbesserung der Gesundheitsversorgung bei Essstörungen	47
Themen und Aufgaben für die Prävention von Essstörungen bei Jungen und Männern	47
Fachliche und gesundheitspolitische Aufgaben	48
Literatur	50

Essstörungen bei Jungen und Männern aus psychotherapeutischer Sicht

Ute Waschescio

Einleitung

Dieser psychologisch-psychotherapeutisch ausgerichtete Teil des Themenheftes gibt einen Überblick über die verschiedenen Erscheinungsformen von Essstörungen unter besonderer Beachtung der aktuellen Diagnosekriterien und möglicher Besonderheiten bei Jungen und Männern.

// Insbesondere wird die Verknüpfung von gestörtem Essverhalten mit dem Störungsbild der Muskeldysmorphophobie¹, dem übermäßigen Wunsch nach einem muskulösen Körper, auch im Zusammenhang mit modernen Männerbildern und heutigen gesellschaftlichen Anforderungen an Männerkörper als eine spezifisch männliche Problematik diskutiert. Die muskeldysmorphe Störung zählt diagnostisch nicht zu den Essstörungen, wird jedoch unter anderem als männliches Äquivalent zur Anorexie diskutiert. Ungeachtet ihrer diagnostischen Zuordnung zeigen die verschiedenen Krankheitsbilder viele Übereinstimmungen in ihren Ausprägungen und Entstehungszusammenhängen.

Darüber hinaus werden zentrale Kernproblematiken bei Essstörungserkrankungen und Körperbildstörungen, wie die adoleszenten Entwicklungsaufgaben und ihre potenziellen Krisen, herausgestellt.

Durch die gesamtgesellschaftliche Aufwertung des Körpers wird der Druck auf Menschen, die körperlichen Normvorstellungen nicht entsprechen, immer stärker. Die Themen Stigmatisierung und Diskriminierung bilden – u. a. vor dem Hintergrund von Werten wie Leistung und Selbstkontrolle, die immer noch vornehmlich mit Männlichkeit assoziiert werden – einen weiteren Schwerpunkt.

Erörtert werden ebenso die besonderen Schwierigkeiten, die viele betroffene Jungen und Männer im Umgang mit der psychosomatischen – und weiblich konnotierten – Erkrankung haben und die ihnen den Weg in eine adäquate Behandlung erschweren oder oft genug unmöglich machen.

Soziokulturelle Faktoren, wie traditionelle bzw. moderne Männer- und Frauenbilder, damit verbundene Rollenerwartungen und –stereotype haben auch einen Einfluss darauf, wie sich Beratende oder Behandelnde selbst sehen und wie Patientinnen und Patienten und ihre Beschwerden von ihnen wahrgenommen und eingeordnet werden. Hieraus können sich diagnostische Hürden ergeben, die dargelegt und erläutert werden. Das Wissen um diese Problematiken kann ein „Augenöffner“ sein für Menschen, die mit betroffenen Jungen und Männern konfrontiert sind.

Abgerundet wird der erste Teil des Themenheftes mit Empfehlungen für den Kontakt und die Beratung von Jungen und Männern mit gestörtem Essverhalten und mit Essstörungen bzw. einer Muskeldysmorphie. //

¹ Die Muskeldysmorphophobie wird gängigerweise auch als Muskeldysmorphie bezeichnet. Ebenso wird sie mit Begriffen wie „Adonis-Komplex“, „Muskelsucht“, „Bigorexie“ oder „Biggerexie“ umschrieben.

Diagnostische Hürden

Eine Essstörung als solche zu erkennen – bei sich selbst, im familiären, freundschaftlichen oder beruflichen Umfeld – ist nicht nur für Laien oft schwierig, sondern auch für Fachleute im medizinisch-therapeutischen Bereich.

Allgemein kann von einer Unterdiagnostizierung ausgegangen werden, wobei zu vermuten ist, dass Essstörungen bei Jungen und Männern tendenziell noch seltener erkannt und diagnostiziert werden als bei Mädchen und Frauen.

Diagnostische Kriterien für männliche Betroffene oft unpassend

Die Schwierigkeiten beginnen bereits bei den diagnostischen Kriterien, die auf der Grundlage der spezifischen Symptomatik erkrankter Frauen entwickelt wurden und daher nicht ohne weiteres auf männliche Betroffene anwendbar sind. So war lange Zeit ein notwendiges Kriterium für das Vorliegen einer Anorexie die primäre oder sekundäre Amenorrhoe, also das Ausbleiben der Menstruation. Inzwischen wird in der ICD-10² stattdessen die endokrine Störung genannt, die sich bei Frauen als Amenorrhoe und bei Männern als Libido- und Potenzverlust manifestiert. In der Neufassung des DSM (DSM-5)³ werden die hormonellen Veränderungen gar nicht mehr aufgeführt.

Gängige Fragebögen greifen nicht

Ein weiterer Punkt, der die Diagnose von Essstörungen bei Männern erschwert, ist die Tatsache, dass die gängigen Messinstrumente auf Mädchen und Frauen zugeschnitten sind und auf Jungen und Männer nicht gut passen. Jungen berichten seltener als Mädchen, dass ihr Gewicht und ihre Körperform einen Einfluss auf ihr Selbstbewusstsein und ihr Selbstwertgefühl haben (23,9% im Vergleich zu 36,4%) (Ackard et al. 2007). Dieser Befund könnte jedoch dadurch verfälscht sein, dass die Fragen auf die spezifischen Körperbild-Ängste von Mädchen zugeschnitten waren. Die Körperbild-Ängste von Jungen und Männern beziehen sich weniger auf das Körpergewicht und den Körperumriss, sondern mehr auf die Körpergröße, den Umfang einzelner Muskelgruppen, Stärke und Muskelkraft, Schulterbreite und Brustumfang. Diese Aspekte werden in dem bekannten Fragebogen *Eating Disorder Inventory* (Paul & Thiel 2004) und in Befragungen zur Körperzufriedenheit bzw. zum Körperbild oft nur unzureichend abgebildet, so dass die spezifischen

körperbezogenen Sorgen, Ängste und Selbstzweifel von Jungen systematisch unterschätzt werden.

Missverstandene Symptome führen zu Fehldiagnosen

Auch die Anorexiengrenze von BMI 17,5 wird im Hinblick auf Männer von manchen Autoren bzw. Autorinnen in Frage gestellt (Crisp & Burns 1990). Männer haben demnach einen tendenziell geringeren Körperfettanteil als Frauen und können daher schon bei einem höheren BMI körperlich ausgezehrt (kachektisch) sein. Tatsächlich scheint es so zu sein, dass auch bei extrem niedriggewichtigen Männern seltener das Vorliegen einer Anorexie in Betracht gezogen wird. Stattdessen werden, öfter als bei Mädchen und Frauen, organische Ursachen für das Untergewicht angenommen und untersucht.

Wenn keine somatische Erkrankung gefunden werden kann, werden oftmals andere Psycho-Diagnosen vergeben. Manche schwer anorektischen Männer werden als psychotisch klassifiziert, da die Angst vor einer Gewichtszunahme, die zwanghafte Beschäftigung mit dem eigenen Körper und die verzerrte Körperwahrnehmung als wahnhaftes Verhalten oder Zeichen einer beginnenden Schizophrenie gedeutet werden. Ein Symptom wie die exzessive sportliche Betätigung dagegen ist bei Männern eher sozial akzeptiert oder sogar erwünscht und wird mit geringerer Wahrscheinlichkeit als bei Frauen als Ausdruck einer Essstörung beziehungsweise Körperbildstörung interpretiert.

Männliche Identität und Schamgefühle beeinflussen Hilfesuchverhalten

Die schon bei Frauen angenommene hohe Dunkelziffer ist bei Männern vermutlich noch wesentlich höher.

Zu der „normalen“ Hemmung, sich eine psychische Erkrankung einzugestehen und sich jemandem zu offenbaren, kommt bei Männern die Scham, an einer sogenannten Frauenkrankheit zu leiden.

Da Männer zudem aufgrund ihrer Sozialisation häufig eher Schwierigkeiten haben, über Gefühle zu sprechen und ihre emotionale Bedürftigkeit zu zeigen, ist die Neigung, sich im privaten Umfeld oder auch im Gesundheitssystem Hilfe zu suchen, gering. Viele Männer mit Essstörungen tendieren dazu, das Problem für sich zu behalten. Sie haben den Anspruch, damit alleine fertig zu werden.

Besondere Abgrenzungstendenzen bei Heranwachsenden auf der Suche nach männlicher Identität

Bei Jugendlichen und Heranwachsenden findet sich noch eine Verschärfung dieser Tendenzen. Jungen in der Adoleszenz sind auf der Suche nach ihrer Identität, insbesondere ihrer Geschlechtsidentität.

Ein wichtiges Werkzeug der Identitätsfindung ist die Abgrenzung von Anderen, also im Falle der männlichen Geschlechtsidentität die Abgrenzung von allem Weiblichen.

Daher ist in dieser Phase der Entwicklung oft eine Überidentifikation mit gesellschaftlich konstruierter Männlichkeit zu beobachten, eine „übertriebene“ Zurschaustellung als männlich angesehener Attribute und Verhaltensweisen sowie eine entsprechende Ablehnung und Distanzierung von als weiblich angesehenen Merkmalen. An einer Essstörung, also einer scheinbar typischen Frauenkrankheit, zu leiden, Hilfe zu suchen und damit Schwäche zu zeigen, über Gefühle zu reden – all dies kann zu einer Bedrohung für das entwicklungsbedingt ohnehin noch fragile Identitätsgefühl und damit auch für das Selbstwertgefühl werden. Insofern ist das Schweigen und Verheimlichen zwar keine gute Lösung, weil es das Leiden perpetuiert, aber es ist im Empfinden der Jugendlichen immer noch besser als das „Gesicht zu verlieren“ und kein „richtiger“ Junge oder Mann zu sein.

Vorannahmen und „Blinde Flecken“ auf Seiten des Umfeldes

Diese Einstellungen und Ängste finden ihre Entsprechung im sozialen Umfeld der Betroffenen. Viele Eltern tendieren dazu, „männliches“ Verhalten bei ihren Söhnen positiv zu verstärken und „nicht-männliches“ Verhalten negativ zu bewerten – in manchen Fällen offen, in anderen sehr subtil. Bei anderen Bezugspersonen wie Verwandten, Lehrerinnen und Lehrern

oder Trainern und Trainerinnen ist es oft ähnlich. Insofern entspricht dem Sich-nicht-zeigen-wollen auf Seiten der Betroffenen auch ein Nicht-sehen-wollen auf Seiten des Umfeldes.

Die Fokussierung auf geschlechtsspezifische Unterschiede wie „Jungen mit Bulimie erbrechen tendenziell weniger als Mädchen“ oder „Bei Jungen beginnt die Anorexie im Schnitt etwas später als bei Mädchen“ kann die stereotypen Schemata aktivieren und so den Zugang zum subjektiv-individuellen Erleben des Patienten behindern. Zudem kann der häufig zu findende Hinweis „Jungen und Männer erkranken seltener an Essstörungen als Mädchen und Frauen“ zu einer Marginalisierung der betroffenen Jungen und Männer führen. Der Blick für eine mögliche Essstörungssymptomatik würde dann nicht geschärft, sondern eher verstellt. Im ungünstigsten Fall entstünde eine Assoziationskette der Art: *Nicht so häufig ... Nicht so wichtig ... Nicht so schlimm.*

Mangel an Information

Neben diesen eher psychischen und gesellschaftlichen Faktoren, die dazu führen, dass Jungen und Männer eine bestehende Essstörung verschweigen, besteht jedoch auch schlicht ein Informationsdefizit. Sowohl den Betroffenen als auch den Menschen im unmittelbaren Umfeld ist häufig nicht klar, dass Essstörungen auch bei Jungen und Männern vorkommen können. Selbst viele Akteurinnen und Akteure im Sozial- und Gesundheitswesen sind sich dessen nicht vollständig bewusst. Dadurch werden Warnzeichen unter Umständen nicht erkannt und problematische Entwicklungen übersehen. Dies gilt besonders für die Muskeldystrophie, die sowohl als Krankheitsbild an sich als auch in ihrer Affinität zu den klassischen Essstörungen bislang nur wenig bekannt ist. //

2 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), von der WHO herausgegeben

3 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5, 2. korrigierte Auflage, 2018), von der American Psychiatric Association (APA) herausgegebenes Klassifikationssystem psychischer Störungen

Esstörungen

Jungen und Männer können alle Arten von Essstörungen entwickeln: sie können hungern und lebensbedrohlich dünn werden. Sie können Essanfälle haben und die aufgenommene Nahrung wieder erbrechen, sie können übermäßig viel essen, sie können einen starken Bewegungsdrang verspüren, sie können sich übermäßige Sorgen um ihr Gewicht machen, Kalorien zählen, ihren Körper ängstlich beobachten oder ihn durch zwanghaftes Sporttreiben zu optimieren versuchen.

// Im Folgenden wird ein Überblick über die unterschiedlichen Formen von Essstörungen gegeben. Hervorgehoben werden insbesondere die Unterscheidungskriterien der einzelnen Krankheitsbilder, ihre Symptome und charakteristischen Merkmale sowie die Neuerungen bei den aktuellen Diagnosekriterien.

Fütter- und Essstörungen nach DSM-5

Im DSM-5 werden unter dem Kapitel „Fütter- und Essstörungen“ die diagnostischen Kriterien folgender Krankheitsbilder aufgeführt:

- ▶ Pica
- ▶ Ruminationsstörung
- ▶ Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme
- ▶ Anorexia Nervosa
- ▶ Bulimia Nervosa
- ▶ Binge-Eating-Störung
- ▶ Andere näher Bezeichnete Fütter- oder Essstörung
 - Purging-Störung
 - Night-Eating-Syndrom

Pica

Pica (ständiges Essen nicht zum Verzehr bestimmter Stoffe) kann im Rahmen anderer psychischer Störungen, z. B. intellektuelle Beeinträchtigung, Autismus-Spektrum-Störung, Schizophrenie, aber auch als Folge schwerwiegender elterlicher Vernachlässigung auftreten.

Ruminationsstörung

Die Ruminationsstörung (wiederholtes Hochwürgen von Nahrung) kann ebenfalls im Zusammenhang mit einer Störung der intellektuellen, neuronalen oder mentalen Entwicklung auftreten, häufiger jedoch als Folge psychosozialer Probleme wie Vernachlässigung, fehlende Stimulation, familiäre Konflikte oder belastende Lebenssituationen.

Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme

Die „Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme“ ist im DSM-5 als eigenständige Essstörung neu aufgenommen worden. Dies geschah auf der Grundlage zunehmender empirischer Evidenz eines spezifischen Musters restriktiven Essverhaltens, das klar von Anorexia Nervosa unterschieden werden kann. Charakteristisches Merkmal ist die eingeschränkte Nahrungsaufnahme, wobei sich die Einschränkung sowohl auf die Menge an aufgenommener Nahrung als auch auf die Bandbreite der akzeptierten Nahrungsmittel beziehen kann. Es besteht eine deutlich erkennbare vermeidende Haltung in Bezug auf Lebensmittel sowie phobische Ängste in Bezug auf die Nahrungsmittel selbst (meist bezogen auf bestimmte sensorische Merkmale wie Konsistenz, Farbe oder Geruch) und/oder in Bezug auf den Vorgang des Essens (Angst vor Erbrechen oder Ersticken). Die körperlichen Folgen können ähnlich denen der Anorexie sein: Gewichtsverlust, Mangelerscheinungen, Wachstumsverzögerungen. Ebenso können die psychosoziale Entwicklung und Funktionsfähigkeit eingeschränkt sein: sozialer Rückzug, Schwierigkeiten beim Verlassen der vertrauten Umgebung.

Anders als bei der Anorexie scheint es jedoch keine gravierenden Störungen im Körpererleben und in der Körperwahrnehmung bzw. -bewertung zu geben. Gewichts- und figurbezogene Ängste und Befürchtungen spielen keine signifikante Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung dieser Essstörung. Sie ist insoweit vergleichbar mit dem in der Literatur beschriebenen Phänomen der nicht-fettphobischen Anorexie (non-fat-phobic anorexia) (Carter & Bewell-Weiss 2007). Trotz einiger charakteristischer Unterschiede machen die Überschneidungen mit den diagnostischen Kriterien der Anorexie eine Differenzialdiagnose manchmal schwer.

Bisweilen geht die „Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme“ auch dem Beginn einer Anorexie voraus und geht in diese über. Die Störung kann bereits im Säuglingsalter beginnen, aber auch in jedem anderen Lebensalter erstmals auftreten.

Anorexia Nervosa (AN)

Die Diagnosekriterien für Anorexia Nervosa sind im DSM-5 (im Vergleich zum DSM-4) an mehreren Stellen modifiziert worden. So wird die Amenorrhoe nicht mehr als Kriterium aufgeführt; auch die (bewusst wahrgenommene) ausgeprägte Angst vor einer Gewichtszunahme wird nicht mehr zwingend als notwendig angesehen. Die häufig als ano-

rexiertypisch angenommene fehlende Krankheitseinsicht wird als mögliches, nicht zwingendes, Kriterium genannt. Die Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur wird weiterhin aufgeführt, obwohl neue Studien Hinweise darauf liefern, dass es sich bei der Störung im Körpererleben möglicherweise nicht um eine Wahrnehmungsverzerrung, sondern um eine ins Negative verschobene Bewertung handelt, die auf der Schwierigkeit beruht, den eigenen Körper anzunehmen (Mölbert et al. 2017). Das Leitsymptom auf der phänomenologischen Ebene bleibt das selbst herbeigeführte niedrige Gewicht, wobei zwei Subtypen unterschieden werden:

- der restriktive Typ

Gewichtsverlust primär durch Diäten, Fasten und Bewegung

- der Binge-Eating /Purging-Typ

Essanfälle und /oder selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Laxantien, Diuretika, Klistieren.

Den psychodynamischen Kern bildet das äußerst niedrige Selbstwertgefühl, das in hohem Maße figur- und gewichtsabhängig ist. Ergänzt wurden die Kriterien, sowohl bei Anorexie als auch bei Bulimie, um eine Klassifikation der jeweiligen Schweregrade (leicht, mittel, schwer, extrem). So gilt ein BMI (Body-Mass-Index) unterhalb 15 kg/m² als extreme Ausprägung der Anorexie.

Die Klassifikationssysteme

Die zwei großen Klassifikationssysteme zur Diagnose psychischer Störungen sind die ICD (International Classification of Diseases) und das DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Die ICD wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO: World Health Organisation) herausgegeben, das DSM von der American Psychiatric Association (APA).

WHO und APA arbeiten eng zusammen, um die Klassifikationen, die sich in Einzelheiten unterscheiden, zunehmend aufeinander abzustimmen. Während das DSM als Referenzwerk für die wissenschaftliche Forschung gilt, wird im klinischen Bereich, auch hierzulande, überwiegend die ICD eingesetzt. Die derzeit gültige Fassung ist die 10. Überarbeitung/Ausgabe der ICD (ICD-10).

Im Juni 2018 wurde der Entwurf für eine Neufassung der ICD vorgestellt. Diese soll als ICD-11 voraussichtlich ab 2022 gültig sein. Bereits 2013 wurde eine Neufassung des DSM vorgestellt, das DSM-5. In dieser wurde auch das Kapitel der Essstörungen überarbeitet. Die verschiedenen Symptomatiken sollten hierdurch präziser und umfassender abgebildet werden können. Auch sollte die so genannte Restkategorie der unspezifischen, *Nicht näher bezeichneten Essstörungen* dadurch verringert werden. Beispielsweise wurde die Binge-Eating-Störung als eigene Kategorie neu aufgenommen, die zuvor nur als *Nicht näher bezeichnete Essstörung* kodiert werden konnte. Da die Neufassung der ICD diesen Änderungen weitgehend folgen wird, orientiert sich die folgende Darstellung und Erläuterung der Kategorien und Diagnosekriterien am DSM-5.

Bulimia Nervosa (BN)

Das Leitsymptom der Bulimia Nervosa sind wiederkehrende Essanfälle mit anschließenden kompensatorischen Maßnahmen. Diese Maßnahmen werden in einen Purging- (englisch für „reinigen“) und einen Non-Purging-Typ unterschieden. Zum Purging-Typ gehören, wie bei der Anorexie, Erbrechen, Gebrauch von Laxantien, Diuretika und Klisieren; zum Non-Purging-Typ zeitweises Fasten, Sport und Bewegung. Auch bei der Bulimie bildet die enge Verknüpfung der Selbstbewertung mit Figur und Gewicht ein zentrales Element der pathologischen Dynamik. Vierzehn oder mehr Episoden unangemessener kompensatorischer Maßnahmen pro Woche gelten als extreme Ausprägung. Anorexie und Bulimie haben ihren Beginn meist in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter.

Binge-Eating-Störung (BE)

Die Binge-Eating-Störung ist im DSM-5 als neue Kategorie in die Liste der Essstörungen aufgenommen worden. Das Leitsymptom der Binge-Eating-Störung sind wiederholte Episoden von Essanfällen, denen, in Abgrenzung zur Bulimie, nicht mit unangemessenen kompensatorischen Maßnahmen entgegengewirkt wird. Hierdurch kommt es auf Dauer zwangsläufig zur Entwicklung von Übergewicht. Weitere charakteristische Merkmale der Binge-Eating-Störung sind das subjektiv empfundene Gefühl von Kontrollverlust während des Essanfalls sowie die meist begleitenden bzw. nachfolgenden negativen Affekte wie Schuld- und Schamgefühle, Ekelempfinden gegenüber sich selbst oder Deprimiertheit. Bei *Adipositas ohne Essanfälle* treten meist weder ein Gefühl von Kontrollverlust noch die beschriebenen negativen Affekte – zumindest nicht in der Intensität – auf.

Essanfälle können bereits im Kindesalter auftreten. Die Binge-Eating-Störung beginnt typischerweise in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter. Episodische, eher seltene Essanfälle, sowie allgemein das Gefühl von Kontrollverlust während des Essens können Vorläufer einer sich entwickelnden Binge-Eating-Störung sein (LoC: Loss of Control-Eating) (Tanofsky-Kraff 2017).

Andere Näher Bezeichnete Fütter- oder Essstörung

In der Kategorie „Andere Näher Bezeichnete Fütter- oder Essstörung“ werden fünf weitere Beschwerdebilder genannt: eine jeweils atypische oder geringer ausgeprägte Form von AN, BN und BE sowie die Purging-Störung (wiederkehrendes Purging-Verhalten ohne Auftreten von Essanfällen) und das Night-Eating-Syndrom (wiederkehrende Episoden nächtlichen Essens).

Epidemiologische Aspekte und klinische Besonderheiten

Im DSM-5 wird der Anteil erkrankter Männer an der Gesamtzahl der Betroffenen sowohl für Anorexie (AN) als auch für Bulimie (BN) mit 10 % (in klinischen Populationen) angegeben. Für die Binge-Eating-Störung (BE) wird ein Anteil von 30-40 % genannt.

In einer amerikanischen Studie mit großer Stichprobe wird der Anteil von Jungen und Männern bei Anorexie und Bulimie wesentlich höher eingeschätzt, nämlich bei 25 % (Hudson et al. 2007). Auch Weltzin (2017) gibt für Anorexie einen Anteil erkrankter Jungen und Männer von 25 % an. Insgesamt wird vermutet, dass Essstörungen bei Jungen und Männern in den vergangenen 20 Jahren zugenommen haben (White et al. 2011). Für die Gruppe der College-Studenten konnte eine signifikante Zunahme von Essstörungen zwischen 1995 und 2008 gezeigt werden. 2008 erfüllten 25 % der männlichen Studenten und 32,6 % der Studentinnen die Kriterien für eine Essstörung. 1995 waren es lediglich 7,9 % der Männer und 23,4 % der Frauen (White et al. 2011).

Die für den nordamerikanischen Raum angegebenen Prävalenz- und Inzidenzraten sind weitgehend vergleichbar mit den Zahlen in anderen westlichen Industrienationen (Keel & Forney 2015), können also auch als Grundlage für die Verhältnisse in Deutschland angenommen werden.

Da Essstörungen bei Jungen und Männern derzeit vermutlich noch unter- und fehldiagnostiziert werden und in vielen Fällen unbehandelt bleiben, kann davon ausgegangen werden, dass die vielerorts angegebenen niedrigen Prävalenzraten das tatsächliche Ausmaß an Erkrankungen unterschätzen (Strother, Lemberg, Stanford & Turberville 2012).

Schätzungen, die partielle Syndrome mit einbeziehen, also Erscheinungsformen, die nicht alle Kriterien einer Essstörung voll erfüllen, könnten daher ein besserer Indikator für die Relevanz der Problematik essgestörten Verhaltens bei Jungen und Männern sein.

Unter Einbezug partieller Syndrome läge die kombinierte Prävalenzrate anorektischer Essstörungen bei Männern bei 0,92% im Vergleich zu 1,81% bei Frauen, was einem Verhältnis von 1:2 entspräche. Die kombinierte Prävalenzrate von Bulimie läge bei Männern bei 1,08% im Vergleich zu 3,16% bei Frauen (Woodside et al. 2001). Dies entspräche einem Verhältnis von 1:2,9. Die kombinierte Prävalenz für die Binge-Eating-Störung läge bei 1,9% im Vergleich zu 0,6% bei Frauen, wäre demnach bei Männern höher als bei Frauen (Hudson et al. 2007).

In Prävalenzstudien, in denen einzelne Essstörungssymptome – anstelle von Essstörungsdiagnosen – untersucht werden, zeigt sich ein differenziertes Bild.

Obwohl die Gesamtprävalenz von Essstörungssymptomen bei Mädchen und Frauen höher ist als bei Jungen und Männern, zeigen sich in manchen Bereichen nur geringe oder gar keine Unterschiede (Ricciardelli & McCabe 2004). So erleben Männer zwar seltener als Frauen einen Kontrollverlust beim Essen und geben weniger Essanfälle an, berichten dafür aber häufiger von übermäßigem Essen (overeating). Möglicherweise besteht der Unterschied nicht im konkreten Verhalten selbst, sondern in der Bewertung des eigenen Verhaltens. Männer scheinen, im Unterschied zu Frauen, Essanfälle eher als normal zu empfinden und deswegen auch keinen Kontrollverlust zu erleben – zumindest nicht bewusst (Norris et al. 2012; Snow & Harris 1989). Erbrechen und Fasten als Mittel zur Gewichtsregulation wird von Männern weniger häufig eingesetzt als von Frauen, während es kaum Unterschiede im Gebrauch von Abführmitteln und bei übermäßigem Sport gibt (Striegel-Moore et al. 2009).

Bei männlichen Jugendlichen hingegen konnte gezeigt werden, dass die Häufigkeit von Essstörungssymptomen bei ihnen sogar vergleichbar ist mit der Prävalenz bei adolescenten Mädchen (Ricciardelli & McCabe 2004; Ackard et al. 2007). Jungen zeigten in diesen Studien ebenso häufig wie Mädchen selbstinduziertes Erbrechen, Essanfälle, Gebrauch von Abführmitteln und exzessiven Sport.

- ▶ Es gibt insgesamt eine Zunahme von Essstörungen bei Jungen und Männern.
- ▶ Jüngere Männer sind eher betroffen als ältere.
- ▶ In jüngeren Altersgruppen verschiebt sich das Geschlechterverhältnis zunehmend in die Richtung eines größeren Anteils an Jungen und Männern an der Gesamtzahl der Betroffenen.
- ▶ Je differenzierter der Blick auf partielle Syndrome und einzelne Essstörungssymptome, desto höher ist der Anteil an männlichen Betroffenen.

Jungen und Männer mit Essstörungen sind gedanklich übermäßig mit ihrem Aussehen beschäftigt und machen sich Sorgen um ihre körperliche Erscheinung. Insbesondere Jungen und Männer, die an Anorexie oder Bulimie leiden, sehen sich als dicker an, als sie tatsächlich sind bzw. bewerten ihre Körperform negativ. Sie berichten häufig von einem ausgeprägt muskulösen Körperideal bzw. dem Wunsch nach einer stark definierten Muskulatur, insbesondere im Bauchbereich. Das Streben nach diesem Ideal ist mit der Vorstellung verbunden, dass der muskulöse, definierte Körper maskuliner und attraktiver wirkt und auf diese Weise zu mehr Selbstvertrauen führt.

Jungen und Männer mit Essstörungen zeigen in vielen Fällen ein problematisches Trainings- und Bewegungsverhalten. Das Training ist häufig exzessiv und folgt einem hochstrukturierten, rigiden Plan, der nur wenig bis gar keine Flexibilität zulässt. Daraus entstehen gesundheitliche Gefährdungen, wenn beispielsweise trotz Verletzung oder Krankheit das Training weitergeführt wird und psychosoziale Risiken, wenn soziale Beziehungen zugunsten des Trainings vernachlässigt oder aufgegeben werden oder schulischen bzw. beruflichen Verpflichtungen nur noch ungenügend nachgegangen wird. Ein Risikofaktor für die Entstehung einer Essstörung bei Jungen und Männern scheint darin zu bestehen, dass im Zuge des Trainings die Aufnahme von Fetten und Kohlenhydraten stetig reduziert und hierdurch auch die Gesamtkalorienzufuhr kontinuierlich eingeschränkt wird. Dieser Prozess kann den Übergang zu einer Essstörung einleiten.

Die Mehrzahl der Jungen und Männer mit Essstörungen ist heterosexuell. Studien zeigen jedoch gleichzeitig eine hohe Prävalenz von Essstörungen bei homosexuellen Männern. Sowohl in klinischen Stichproben als auch in der Allgemeinbevölkerung lag der Anteil zwischen 14% und 42% (Feldman & Meyer 2010). Im Vergleich zu heterosexuellen Männern zeigen homosexuelle Männer höhere Raten an Körperunzufriedenheit, Essstörungen und Essstörungssymptomen sowie Bestrebungen, ihre Muskelmasse zu steigern (Bosley 2011). Diese Befunde werden zum Teil auf die Schwulen-Subkultur zurückgeführt, in der körperliche Erscheinung und Attraktivität eine große Rolle spielen. Darüber hinaus wird angenommen, dass die Stigmatisierung homosexueller Männer und das möglicherweise daraus resultierende Schamgefühl zusätzliche Risikofaktoren für die Entstehung von Ess- und Körperbildstörungen darstellen.

Sportler werden mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer Essstörung oder Essstörungssymptomen sowie den Gebrauch von Anabolika in Verbindung gebracht.

Schätzungen der Prävalenz gehen weit auseinander, sind in der Tendenz jedoch höher als in der allgemeinen Bevölkerung. Subklinische Formen von Essstörungen sind demnach bei Sportlern 10 - 50 mal höher als in der Gruppe der Nicht-Sportler (Glazer 2008). Die Umgebung von Sportlern ist häufig von einem Körperideal geprägt, das ein optimales Gewicht impliziert und entsprechend ungesunde Verhaltensweisen fördert, um dieses Gewicht zu erreichen. Zudem sind viele Persönlichkeitsmerkmale, die sportliche Leistungen fördern, die gleichen, die sich bei Menschen mit einer Essstörung finden (Perfektionismus, Zwanghaftigkeit, hohe Erwartungen an die eigene Leistung). Besonders gefährdet sind Athleten, die aufgrund ihrer speziellen Sportart ein bestimmtes Gewicht einhalten oder erreichen müssen (Sportarten mit Gewichtsklassen), ein niedriges Gewicht anstreben (Langlauf) oder ästhetischen Vorgaben entsprechen müssen (Eiskunstlauf, Turnen). Einem besonderen Risiko für den Gebrauch von Anabolika sind männliche Jugendliche in Kraft- oder bestimmten Teamsportarten ausgesetzt.

Entstehungs- und Entwicklungszusammenhänge aus tiefenpsychologischer Sicht

Essstörungen und Körperbildstörungen sind psychosomatische Erkrankungen, d. h. sie haben einen psychischen Hintergrund und eine psychische Funktion. Sie entwickeln sich als innere Antwort auf eine bestimmte Lebenssituation und einen sich daraus ergebenden unlösbar erscheinenden Konflikt. Dieser Konflikt muss nicht unbedingt nach außen hin sichtbar sein, sondern kann sich ganz im Innern einer Person abspielen, bewusst oder unbewusst.

Die inneren Konflikte, die zu einer Essstörung führen, sind vielfältig und individuell sehr verschieden. Entsprechend können in der Essstörungssymptomatik verschiedenste Aspekte psychosozialen Erlebens zum Ausdruck kommen: ein fragiles Selbstwertgefühl, ambivalent erlebte Autonomiewünsche, unterdrückte aggressive Impulse, unbefriedigte regressive Sehnsüchte, Bindungsängste, Unsicherheiten bezüglich der eigenen Identität und vieles mehr.

Auch die Gründe und Auslöser für diese inneren Unsicherheiten und Konflikte sind vielfältig: ungünstige Entwicklungsbedingungen, traumatische Erlebnisse, familiäre Konflikte, Ausgrenzungserfahrungen wie Mobbing, geringe soziale Integration, Trennungs- und Verlusterlebnisse, schulische Probleme, Überforderungsgefühle, Stress.

Es gibt deutliche und starke Verbindungen zwischen traumatischen Erlebnissen in Kindheit und Jugend und dem späteren Auftreten von Essstörungen und Essstörungssymptomen (Brewerton 2004, 2005, 2006, 2007). Untersucht wurden traumatische Erfahrungen unterschiedlicher Art: sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung, emotionaler Missbrauch, körperliche und seelische Vernachlässigung, dauerhaft negative familiäre Beziehungen, häufige elterliche Konflikte, familiäre Gewalt u. a. Insbesondere scheint sexueller Missbrauch in der Vergangenheit späteres Purgierverhalten vorherzusagen.

Kein Symptom ist wie das andere und jeder Symptomatik liegt eine je eigene, individuelle Geschichte zugrunde. Die Funktion und Bedeutung eines Symptoms kann nur im Kontext des individuellen Umfeldes, aus der subjektiven Perspektive des Betroffenen heraus erschlossen werden. //

Muskeldysmorphie: Essstörung „unter dem Radar“?

// Neben den „klassischen“ – in den Diagnosemanualen aufgeführten – Essstörungen ist in den letzten Jahren ein Syndrom in den Fokus gerückt, das auf den ersten Blick wenig mit gestörtem Essverhalten zu tun zu haben scheint, inzwischen aber von vielen Autoren (Pope et al. 2000; Darcy 2011; Jones & Morgan 2010; Murray et al. 2010) als spezifisch männliche Form einer Essstörung angesehen wird: die Muskeldysmorphie (MD).

Der Begriff beschreibt einen Zustand, in dem ein Junge oder ein Mann glaubt, nicht muskulös genug zu sein und infolgedessen danach strebt, Muskeln aufzubauen. Die negative Sicht auf den eigenen Körper und das Streben nach Muskeln sind verbunden mit intensiven negativen Gefühlen und Empfindungen wie Ängsten, Minderwertigkeitsgefühlen, Scham, Selbstabwertung oder Depressionen.

Im DSM-5 zählt die Muskeldysmorphie zu den körperdysmorphen Störungen. In der ICD-10 wird sie zu den hypochondrischen Störungen gerechnet.

Historie und Begrifflichkeiten

Zum ersten Mal beschrieben wurde dieses Zustandsbild in den 1990er Jahren von Harrison Pope (Pope et al. 2000), der Bodybuilder nach ihren Trainings- und Essgewohnheiten und vor allem ihrem Verhältnis zu ihrem Körper befragte. Die Ergebnisse waren erschütternd. Viele Männer berichteten von jahrelangem Leiden, das sie bis dahin mit niemandem geteilt hatten. Stattdessen hatten sie eine Fassade von Stärke, Vitalität und Überlegenheit aufrechterhalten, die die schwachen, unsicheren Anteile in ihrem Innern überdecken sollte. Pope und seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gaben dem Phänomen zunächst den Namen „Bigorexie“ (bigorexia), später „umgekehrte Anorexie“ (reverse anorexia) und zuletzt „Muskeldysmorphie“ (muscle dysmorphia).

Seit diesen anfänglichen Veröffentlichungen wird die Muskeldysmorphie vor allem im Hinblick auf ihre Überschneidungen mit den Symptomen einer Essstörung diskutiert. Die Prävalenz von Muskeldysmorphie ist aufgrund fehlender Studien weitgehend unbekannt. Es gibt Annahmen, dass die Häufigkeit

von MD bei Jungen und Männern vergleichbar ist mit der Häufigkeit von Anorexie bei Mädchen und Frauen (Grieve et al. 2009). Schätzungen gehen von 10% Betroffenen für die Gruppe der Bodybuilder aus (Olivardia 2001).

Symptomatik und Kernmerkmale der Muskeldysmorphie

Körperbezogene Ängste

Das Kernmerkmal der Muskeldysmorphie ist eine starke Angst, der eigene Körper könne als ungenügend (nicht stark, nicht groß, nicht muskulös genug) angesehen werden und demzufolge ein verzweifelter Wunsch, athletischer zu sein, Muskelmasse aufzubauen und Fettgewebe abzubauen, obwohl die betroffenen Jungen und Männer oft überdurchschnittlich muskulös sind. Ähnlich wie bei der Anorexie scheint die tatsächliche, von außen wahrnehmbare, Beschaffenheit des Körpers die körperbezogenen Ängste nicht mildern zu können. So wie ein anorektischer Junge auch bei extremem Untergewicht noch Angst vor dem Dicksein und eine Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper verspürt, so wird ein junger Mann mit einer muskeldysmorphen Störung sich trotz vorhandener Muskelmasse als schwächling und ungenügend empfinden.

Abweichendes Essverhalten mit negativen körperlichen und sozialen Folgen

Die Bedeutung des abweichenden bzw. gestörten Essverhaltens bei der Muskeldysmorphie ist anfangs unterschätzt worden und taucht in den von Pope et al. vorgeschlagenen Diagnosekriterien eher am Rande auf. Seitdem hat sich in der Sicht auf das Krankheitsbild das gestörte Essverhalten als wesentlicher Aspekt der muskeldysmorphen Symptomatik etabliert (Murray et al. 2010); in manchen Fällen von Muskeldysmorphie ist die Störung des Essverhaltens bedeutsamer als das übermäßige Trainingsverhalten.

Zum gestörten Essverhalten bei der Muskeldysmorphie gehört die strikte und rigide Einhaltung bestimmter Ernährungsregeln. Der typische Ernährungsplan beinhaltet große Mengen an Eiweiß und geringe Mengen an Fett und Zucker. Die Zufuhr wichtiger Nährstoffe ist insgesamt häufig unausgewogen und ungenügend. Gleichzeitig wird die Kalorienaufnahme ebenso wie die Zusammensetzung der verschiedenen Nahrungskomponenten meist genau kalkuliert; die verschiedenen Zeitpunkte der Nahrungsaufnahme über den Tag sind – unabhängig von physiologischen Zuständen wie Hunger und Sättigung – genau festgelegt. Abweichungen vom Plan erzeugen Angst, Stress, Schuldgefühle und negative Körperempfindungen und führen zu verstärkten Kompensationsbemühungen wie eine Erhöhung des Trainingsaufwandes. Aktivitäten, die die Einhaltung des Ernährungsplans gefährden könnten, werden vermieden, was – ähnlich wie bei der Anorexie – dazu führen kann, dass der gesamte Tagesablauf auf die Struktur des selbst auferlegten Ess- und Bewegungsprogramms ausgerichtet wird. Das beinhaltet unter Umständen, dass nicht mehr in Gesellschaft gegessen wird, Freizeitaktivitäten eingeschränkt und soziale Situationen insgesamt gemieden werden.

Gefährliche Begleiterscheinung mit Nebenwirkungen: Einnahme leistungssteigernder Substanzen und Dopingmittel

Ein besonders gefährlicher Aspekt der Muskeldysmorphie ist der Einsatz muskelaufbauender Medikamente wie anabole Steroide oder Wachstumshormone. Anabolika verstärken und beschleunigen das Wachstum der Muskeln und sind – obwohl sie nicht frei verkäuflich sind – „unter der Hand“ im Fitnessstudio oder im Internet leicht zu beschaffen. Die Nebenwirkungen von Anabolika können gravierend sein: Gereiztheit, erhöhte Aggressivität, Impotenz, Herzschäden und andere Organschädigungen, möglicherweise das erhöhte Auftreten von Krebserkrankungen (Deutsche Sporthochschule Köln).

Schätzungen zur Häufigkeit des Gebrauchs von Anabolika in der Gesamtpopulation reichen von 1,2% bis 12% bei Jungen im Vergleich zu 0,2% bis 9% bei Mädchen (Harmer 2010). In der Studie KOLIBRI zum Konsum leistungsbeeinflussender Mittel in Alltag und Freizeit des Robert Koch Instituts von 2011 gaben 2,2% der männlichen 18- bis 29-Jährigen an, Dopingmittel im Sinne der WADA (World Anti-Doping Agency) zu verwenden. Gleichzeitig wird darauf hingewiesen, dass in einzelnen Untergruppen, insbesondere bei jungen Männern, die Kraftsport betreiben, eine höhere Prävalenz vorliegen kann (RKI 2011).

Anamnese und Diagnostik

Aufgrund der starken ätiologischen und symptomatischen Überschneidungen gestaltet sich die Anamnese bei der Muskeldysmorphie ähnlich der bei den Essstörungen. Abgefragt werden sollten die Gewichtsentwicklung, Gewichtsschwankungen, insbesondere Veränderungen von Körpermasse und Gewicht in den letzten Wochen und Monaten. Ebenfalls sollte nach dem Idealgewicht und dem Körperideal, also der angestrebten Körperform, gefragt werden. Dies kann Hinweise auf die Körperzufriedenheit vs. Unzufriedenheit liefern.

Relevant ist ferner die Häufigkeit, mit der ein Junge oder Mann seine Körpermaße überprüft, sei es durch Wiegen, Messen des Körper- oder Muskelumfangs oder auch durch wiederholtes Schauen in den Spiegel bzw. reflektierende Oberflächen (mirror checking). Die Art des Sprechens über den eigenen Körper reflektiert die innere Haltung und kann Ablehnung, Wut, Ekel oder sogar Selbsthass ausdrücken. (Diagnosekriterien nach Pope siehe Anhang) //

Gemeinsamkeiten

Muskeldysmorphie und klassische Essstörungen

Schon Pope hat mit seinem Begriff der „umgekehrten Anorexie“ auf die Nähe der Muskeldysmorphie zur Essstörungssymptomatik hingewiesen. Auch Grieve beschreibt eine Reihe von Ähnlichkeiten zwischen Muskeldysmorphie und Essstörungen (Grieve 2009). So haben von Muskeldysmorphie betroffene Jungen und Männer häufig in ihrer Vorgeschichte eine Essstörung oder zeigen aktuell eine Essstörungssymptomatik.

Ferner zeigen beide Gruppen Beeinträchtigungen in der Körperwahrnehmung und im Körpererleben, ein ausgeprägtes Streben nach einer bestimmten – als perfekt angesehenen – Körperform sowie ungewöhnliche, teilweise bizarre, Ernährungsmuster und damit verbundene rigide Einstellungen über Wert und Unwert bestimmter Nahrungsmittel. Jungen und Männer mit einer muskeldysmorphen Störung nehmen große bis extrem große Mengen an Kalorien zu sich, um den Muskelaufbau zu unterstützen, was eine Nähe zur Binge-Eating-Störung vermuten lässt. Allerdings ist fraglich, ob die betroffenen Jungen und Männer ebenfalls einen Kontrollverlust beim Essen erleben.

Neben den symptomatischen Ähnlichkeiten zwischen der Muskeldysmorphie und den klassischen Essstörungen wird eine gemeinsame Ätiologie vermutet (Darcy 2011; Murray et al. 2012; Rodgers et al. 2012). Als bedeutendste ätiologische Faktoren werden Körperunzufriedenheit, geringes Selbstwertgefühl und Perfektionismus genannt. Körperunzufriedenheit als Ausgangspunkt für die Entwicklung einer muskeldysmorphen Störung entsteht entweder auf der Grundlage von Übergewicht bzw. dem Gefühl zu dick zu sein oder aus der Sorge zu klein, zu dünn, zu schwächlich zu sein. Entsprechend entsteht der Wunsch, Gewicht (Fettmasse) zu reduzieren und/oder an Gewicht (Muskelmasse) zuzunehmen. Ein Unterschied zwischen Muskeldysmorphie und insbesondere Anorexie liegt nach dieser Betrachtung in der Richtung des sozialen Drucks. Frauen erleben einen sozialen Druck schlank zu sein, während Männer einen sozialen Druck erleben, möglichst muskulös zu sein.

Diagnostic crossover

Es besteht ein gewisses Maß an „Durchlässigkeit“ zwischen den verschiedenen Arten von Essstörungen (diagnostic crossover). Die Symptome der einzelnen Krankheitsbilder überschneiden sich. So können Heißhungerattacken sowohl bei einer Anorexie als auch bei einer Bulimie oder einer Binge-Eating-Störung auftreten. Das Erscheinungsbild einer Essstörung kann sich im Verlauf der Erkrankung mehrmals wandeln und auch Mischformen annehmen.

Ein Junge oder Mann kann beispielsweise zunächst eine Anorexie entwickeln, die später in Bulimie umschlägt. Es wird vermutet, dass bis zu 30 % der Jungen und Männer, die an einer Muskeldysmorphie leiden, vorher an einer Essstörung erkrankt waren (Olivardia et al. 2000). Auch Menschen, die anfänglich an einer Binge-Eating-Störung gelitten oder infolge übermäßigen Essens Übergewicht bzw. eine Adipositas entwickelt haben, können infolge veränderten Diät- und Bewegungsverhaltens eine Anorexie, eine Bulimie oder auch eine Muskeldysmorphie entwickeln. Dieses so genannte „diagnostic crossover“ wird als weiteres starkes Indiz dafür gewertet, dass die verschiedenen Essstörungen in Entstehung und Bedeutung eng miteinander verknüpft sind und dass die Muskeldysmorphie eine weitere Ausdrucksmöglichkeit derselben inneren Zustände und Konflikte sein kann, wie sie bei Bulimie und Anorexie zu finden sind (Grieve et al. 2009). Ein Unterschied bestünde demnach in der Ausrichtung des angestrebten Körperideals.

Kernproblematik Körperunzufriedenheit

Die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper ist für viele Betroffene der Ausgangspunkt für die Entwicklung ihrer jeweiligen Essstörungssymptomatik. Insofern ist Körperunzufriedenheit einer der wichtigsten Risikofaktoren für die Entstehung von Essstörungen und gleichzeitig eine der subjektiv am stärksten belastenden und quälendsten Begleiterscheinungen der Erkrankung.

Lange galten Jungen und Männer als immun gegen den „Virus“ der Körperunzufriedenheit; sie schien eine Domäne der Mädchen und Frauen zu sein. Dies hat sich, vor allem in den letzten 20 Jahren, dramatisch gewandelt. Die Unzufriedenheit von Jungen und Männern mit ihrer körperlichen Erscheinung bewegt sich inzwischen auf einem ähnlich hohen Niveau wie die Körperunzufriedenheit von Mädchen und Frauen.

Das Körperideal ist gesellschaftlich-kulturell vermittelt; es kann sich über die Zeit verändern bzw. an Bedeutung gewinnen oder verlieren.

Das vorherrschende männliche Körperideal, das sich vor allem in den vergangenen zwanzig Jahren verstärkt etabliert hat, entspricht der so genannten mesomorphen Körperform: breite Schultern, schlanke Taille, ausgeprägte Muskulatur.

Die Zufriedenheit oder Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper macht sich bei Jungen und Männern oft nicht nur an der äußeren Erscheinung fest, sondern auch an der Funktionalität des Körpers, insbesondere im Hinblick auf sportliche Aktivitäten. Die hohe Muskelmasse und der gleichzeitig geringe Fettanteil des Körpers stehen dann für Kraft, Stärke, Dynamik und über den sportlichen Bereich hinaus für Überlegenheit, Durchsetzungsvermögen, Virilität und Selbstvertrauen. Sichtbares Fettgewebe und geringe Muskelmasse werden als Abweichung von diesem Ideal wahrgenommen.

Offensichtlich gab es dieses Ideal auch in früheren Zeiten schon, es hatte jedoch für die meisten Individuen in der Gesellschaft nur eine geringe bis gar keine Relevanz. Das hat sich geändert. Jungen und Männer werden überflutet von medialen Darstellungen idealer, sprich: mesomorpher Männerkörper. Nicht nur die Quantität der Bilder in Zeitschriften, Werbekampagnen, Filmen oder im Internet hat sich vervielfacht, auch die Körper selbst haben sich verändert. Der mesomorphe Körperbau ist ins Extreme verschoben worden (supermale body), so weit, dass die abgebildeten Körper in der Alltagsrealität normaler Jungen und Männer kaum vorkommen bzw. nur unter Einsatz von Medikamenten zu erreichen sind. Der männliche Körper wird ins Licht der Öffentlichkeit gezerrt und dort der Bewertung ausgesetzt.

Der soziale und verinnerlichte Druck, das mesomorphe Ideal zu erreichen, wird ab der späten Kindheit bzw. frühen Adoleszenz verstärkt wahrgenommen. Kleine Jungen können sich

bereits ab dem Alter von 2 (!) Jahren zunehmend darüber bewusst werden, wie wichtig es für ihr Ansehen und damit auch für ihr Selbstwertgefühl ist, stark und muskulös zu sein (McCabe et al. 2007; Thompson et al. 2012).

Es bedeutet für viele Jungen und Männer eine Herausforderung, die Abweichung des eigenen Körpers vom öffentlich propagierten Ideal zu tolerieren, ohne dass das Selbstwertgefühl darunter leidet.

In Studien (Aglia & Tantleff-Dunn 2004; Baird & Grieve 2006) konnte gezeigt werden, dass der Anblick idealer Männerkörper in den Medien negative Effekte auf die Stimmung und auf die Körperzufriedenheit bei männlichen Probanden hat. Je stärker ein Junge oder Mann das gesellschaftliche Ideal internalisiert, also zu seinem eigenen Selbstideal gemacht hat, desto größer ist die Gefahr, dass er unter der Abweichung leidet, sich ungenügend und minderwertig fühlt und in der Folge Anstrengungen unternimmt, dem Ideal näher zu kommen. Von hier aus ist es nur noch ein kleiner Schritt zu pathologischen Formen der Körpermodifikation und entsprechend gestörtem Ess- und Bewegungsverhalten. Der Versuch, das Körperideal mit allen Mitteln zu erreichen, kann die Ausbildung einer Muskeldysmorphie begünstigen. Eine andere Variante kann darin bestehen, vor dem als unerreichbar empfundenen Ideal zu kapitulieren und sich der weiteren körperlichen Entwicklung zu verweigern. Eine solche Ausgangssituation kann die Entwicklung einer Anorexie oder auch Bulimie begünstigen.

Natürlich kann die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper nicht auf die wahrgenommene Abweichung des eigenen Körpers von medial präsentierten Idealen reduziert werden. Eine negative Haltung zum eigenen Körper, ein Sich-unwohl-fühlen in der eigenen Haut, körperliche Missempfindungen und Entfremdungsgefühle können auf vielfältige Weise entstehen. So kann beispielsweise ein geringes Selbstwertgefühl auf den Körper verschoben werden, in der (unbewussten) Hoffnung, den subjektiv wahrgenommenen oder befürchteten Mangel dort „reparieren“ zu können. Häufig entstehen negative Gefühle dem eigenen Körper gegenüber als Folge von Unsicherheiten in der Entwicklung (Identitätszweifel, Ablösungsprobleme, Furcht vor dem Erwachsensein, sexuelle Ängste und Unsicherheiten).

Im Rahmen der Adoleszenz kommt es regelmäßig zu Missempfindungen, Selbstzweifeln oder Fremdheitsgefühlen dem eigenen Körper gegenüber, ohne dass diese Phänomene in eine Pathologie münden.

Entstehungszusammenhang Adoleszenz

Esstörungen treten überwiegend am Beginn oder im weiteren Verlauf der Pubertät auf und sind daher aufs Engste verknüpft mit den körperlichen, geistigen und psychosozialen Reifungsprozessen der Adoleszenz. Eine Entwicklungsperspektive einzunehmen bedeutet, die Symptome der Essstörung vor dem Hintergrund der adoleszenten Entwicklungsaufgaben zu betrachten, sie entsprechend einzuordnen und zu bewerten. Vor diesem Entstehungshintergrund lassen sich die Bedeutung und der Sinn, den diese Erkrankung für die Betroffenen hat, besonders deutlich machen.

Kontrollversuche über Essverhalten und Bewegung

Viele Jugendliche zeigen im Laufe ihrer Entwicklung zumindest phasenweise Veränderungen im Essverhalten, die mehr oder weniger passager oder persistierend sein können. Ebenso erleben viele Heranwachsende zu Beginn der Pubertät eine erhebliche Verunsicherung bezüglich der einsetzenden körperlichen Veränderungen und damit einhergehend häufig eine starke Körperunzufriedenheit. Den als unkontrollierbar und deshalb ängstigend erlebten körperlichen Reifungsprozessen wird mit verstärkter Kontrolle der Nahrungsaufnahme und des Bewegungsverhaltens begegnet, in dem Versuch, die Kontrolle über den sich verändernden Körper zurückzuerlangen und ihn sich auf diese Weise (wieder) anzueignen.

Unangenehme Gefühle vermeiden und umgehen

Doch nicht nur die Veränderungen im körperlichen Erscheinungsbild machen Angst; auch die verstärkte Wahrnehmung sexueller Triebimpulse wirkt auf viele Jugendliche zunächst beunruhigend. Eine häufig zu beobachtende Form des Umgangs mit solchen Triebängsten ist die Askese. An Anorexie erkrankte Patienten und Patientinnen berichten regelmäßig, ein großer „Vorteil“ des Hungerns bestehe darin, nichts mehr zu spüren. Dabei ist es aus tiefenpsychologischer Sicht individuell sehr unterschiedlich, was konkret nicht mehr gespürt werden soll – aggressive Impulse, regressive Sehnsüchte, Ablösungswünsche, Trennungängste, Insuffizienzgefühle und eben auch sexuelle Empfindungen. Eine andere, der Askese entgegengesetzte Form der Abwehr entwicklungsbezogener Affekte und Empfindungen ist die Regression auf die Stufe oraler Befriedigung. Hierbei dient das (übermäßige) Essen als Ersatz für die Auseinandersetzung mit den adoleszenzspezifischen Entwicklungsaufgaben.

Streben nach Autonomie und Identität durch Abgrenzung

Zudem kann die Veränderung des Essverhaltens, die Abweichung von familiär etablierten Mustern und Gewohnheiten, im Dienste der Abgrenzung, Ablösung und Individuation im Rahmen des adoleszenten Verselbständigungsprozesses stehen. Die intrapsychischen Konflikte um Abhängigkeit und Autonomie, Versorgung und Autarkie, Identität und Selbstwert, die in der Adoleszenz ihre krisenhafte Zuspitzung erfahren, werden auch im Umgang mit dem eigenen Körper und am Essenstisch ausgetragen.

In den meisten Fällen gelingt es den jungen Menschen im Laufe der Zeit, die Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz zu bewältigen. Sie finden Wege, den heranwachsenden Körper in das Selbstbild zu integrieren und ein sicheres Gefühl für die eigene, von anderen abgegrenzte, Identität zu entwickeln – und damit auch für die eigenen körperlichen und psychischen Grenzen.

Verschiebung der Konflikte auf die Körperebene

In manchen Fällen jedoch gelingt dies nicht und die veränderten Erlebens- und Verhaltensweisen verfestigen sich zu einem pathologischen Muster: der reifende Körper bleibt fremd, die Identität brüchig, die Ablösung von den inneren und äußeren Elternobjekten kann nicht vollzogen werden. Die Entwicklungsängste bleiben unbeherrschbar. Essstörungen bieten an dieser Stelle die Möglichkeit, die als unlösbar erlebten Konflikte auf eine andere, die körperliche Ebene zu verschieben und dort in verdeckter Form abzuhandeln. Insbesondere die Anorexie wirkt hier wie ein Moratorium, indem die Entwicklung quasi unterbrochen und erst wieder weitergeführt wird, wenn sich die inneren Voraussetzungen geändert haben.

Belastung und Risikofaktor: Stigma

Einen gravierenden Einfluss auf die Befindlichkeit Betroffener, auf ihr Hilfesuchverhalten, auf die Qualität der Beratung und Behandlung bei Binge-Eating und Adipositas hat die offene oder latente Stigmatisierung von Menschen mit Übergewicht.

Stigmatisierung bezeichnet in diesem Fall eine tendenzielle gesellschaftliche Abwertung von Menschen mit Übergewicht und Adipositas. Damit verbunden sind Vorurteile, stereotype Einstellungen und negative Zuschreibungen den Betroffenen gegenüber. Menschen mit Übergewicht werden als faul, unmotiviert, undiszipliniert oder willensschwach diffamiert. Sie sind negativen Kommentaren, sozialer Zurückweisung, unfairer Behandlung und Diskriminierung ausgesetzt.

Unter Kindern und Jugendlichen äußert sich die Stigmatisierung meist durch Hänself, Auslachen, Ärgern, Ausgrenzen, körperliche Gewalt, bis hin zu Mobbing.

Solche aversiven sozialen Erfahrungen haben eine höchst destruktive Wirkung auf die Psyche der Betroffenen. Sie erzeugen Scham- und Schuldgefühle, untergraben das Selbstwertgefühl, verstärken das ohnehin oft negative Körpererleben, führen zu Trauer und Resignation und im weiteren Verlauf zu sozialem Rückzug und Depression. Ebenso erhöht sich das Risiko für Angsterkrankungen, Substanzmissbrauch, selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität. Eine vielbeachtete Studie aus dem Jahr 2003 (Schwimmer, Burwinkle & Varni 2003) hat gezeigt, dass Kinder und Jugendliche mit starker Adipositas eine geringere Lebensqualität aufweisen als vergleichbare Kinder und Jugendliche, die an Krebs erkrankt sind.

Die zerstörerische und krankmachende Wirkung von Stigmatisierung ist nicht auf besonders schlimme Auswüchse wie offene Diskriminierung oder Mobbing begrenzt. Die tendenzielle Abwertung von Menschen mit Übergewicht und Adipositas durchzieht alle Bereiche gesellschaftlichen und privaten Lebens.

Vorurteile und negative Erwartungen finden sich bei Lehrerinnen und Lehrern, Erzieherinnen und Erziehern, Trainerinnen und Trainern, beim Pflegepersonal, bei Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten, Beraterinnen und Beratern. Kinder und Jugendliche mit Übergewicht werden in der Schule bei gleicher Leistung schlechter benotet als normalgewichtige Gleichaltrige. Von ihnen wird weniger erwartet und ihnen wird weniger zugetraut, sowohl im Hinblick auf körperliche Fähigkeiten, als auch hinsichtlich sozialer und kognitiver Kompetenzen (Peterson, Puhl & Luedicke 2012).

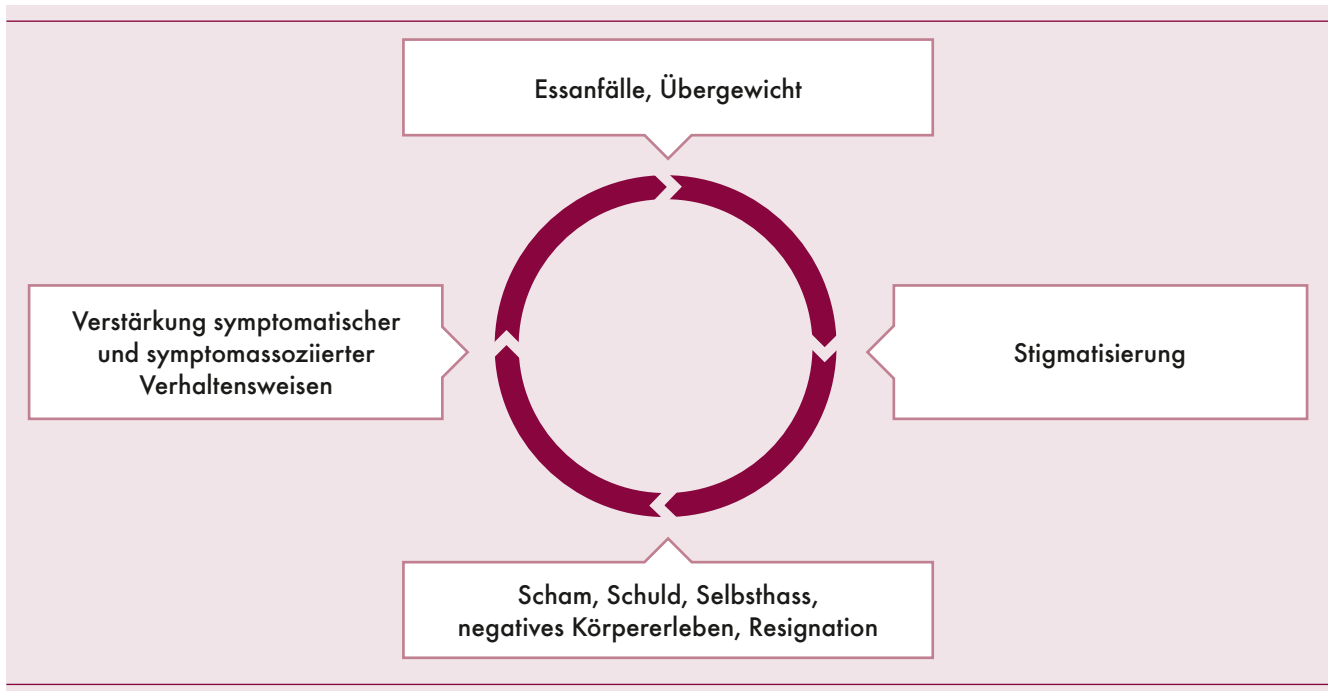
Stigmatisierung innerhalb des medizinisch-therapeutischen Versorgungssystems erweist sich als besonders fatal.

In verschiedenen Studien (Puhl & Heuer 2009; Huizinga, Bleich, Beach, Clark & Cooper 2010) konnte gezeigt werden, dass Ärzte und Ärztinnen Übergewicht mit geringerer Compliance, Feindseligkeit, Unehrllichkeit und mangelnder Hygiene assoziieren. Patientinnen bzw. Patienten mit Übergewicht werden als faul, unkontrolliert und weniger intelligent angesehen. Ärztinnen und Ärzte nehmen sich weniger Zeit für Menschen mit Übergewicht, sprechen weniger mit ihnen und bieten ihnen seltener Vorsorgeuntersuchungen an. Psychotherapeutinnen und -therapeuten vergeben bei vergleichbarer Symptomatik schwerwiegendere Diagnosen und gehen von einer schlechteren Prognose aus. Dazu kommt, dass Praxen und Kliniken oft unzureichend ausgerüstet sind für die Behandlung von Menschen mit Übergewicht (keine passenden Stühle oder Liegen, keine für höhere Gewichte ausgelegten Waagen etc.). Auch die Sprache, die Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten verwenden, wird von Betroffenen, hier insbesondere von Jugendlichen und jungen Erwachsenen, als diskriminierend empfunden. Wörter wie „dick“ oder „fett“ erzeugen negativere Gefühle als Begriffe wie „Übergewicht“, „hohes Gewicht“ oder „ungesundes Gewicht“.

Betroffene, die diesen Formen von Stigmatisierung im Gesundheitssystem ausgesetzt sind, tendieren dazu, sich zurückzuziehen, Arztbesuche zu vermeiden, Termine abzusagen oder zu verschieben und wichtige Untersuchungen nicht durchführen zu lassen, aus Angst vor weiteren beschämenden Situationen.

Manche scheinbar „milderer“ Formen von Stigmatisierung (drastische Wortwahl, moralisierende Ermahnungen und Belehrungen, vorwürflliche Appelle) sind oft „gut gemeint“ und haben die Intention, die Betroffenen zu motivieren, sich gesünder zu verhalten (weniger zu essen, sich mehr zu bewegen, Sport zu treiben). Sie erreichen jedoch das Gegenteil. Stigmatisierung erzeugt meist intensive negative Gefühle, die ihrerseits wiederum die Wahrscheinlichkeit für ungesundes und symptomatisches Verhalten erhöhen. So entsteht eine negative Dynamik, ein Teufelskreis (s. Abb.).

Eine stabile und dauerhafte Motivation zur Verhaltensänderung entsteht nicht als Folge negativer und entwertender Botschaften, sondern nur auf der Basis einer positiven und wertschätzenden Zusammenarbeit, die das Selbstwertgefühl und damit auch die Selbstwirksamkeit der Betroffenen stärkt,



statt sie zu beschämen und bloßzustellen. Für eine solche positive Herangehensweise ist es notwendig, eine entsprechende innere Haltung zu entwickeln, sich der eigenen Vorurteile und stereotypen Einstellungen bewusst zu werden und sie zu verändern.

In der Arbeit mit übergewichtigen und adipösen Kindern und Jugendlichen ist es wichtig, das Thema Stigmatisierung mit den Eltern zu besprechen.

Viele Betroffene berichten, dass sie von einem oder beiden Elternteilen wegen ihres Gewichts geärgert, beleidigt, abgewertet oder verurteilt worden sind oder werden. Diese innerfamiliäre Stigmatisierung wird als besonders schmerzhaft empfunden und kann gravierende negative Auswirkungen auf die weitere emotionale Entwicklung der Kinder und Jugendlichen haben. Die Eltern sollten darin unterstützt werden, eine positive Haltung ihrem Kind gegenüber einzunehmen und diese auch in ihrer Wortwahl zum Ausdruck zu bringen. //

Stigmatisierung in jeglicher Form führt weder zur Reduktion von Übergewicht noch zu einer gesünderen Lebensweise. Um Menschen mit Übergewicht und Adipositas zu einer gesundheitsfördernden Verhaltensänderung zu motivieren, ist ein unterstützender, respektvoller und wertschätzender Umgang mit den Betroffenen erforderlich. Um eine in diesem Sinne positive Beratungs- und Behandlungskultur zu etablieren, können die folgenden Schritte und Maßnahmen hilfreich sein:

- ▶ Sich der eigenen Vorurteile und stereotypen Vorannahmen bewusst werden
- ▶ Positives Vorbild sein und einen sensiblen, feinfühligem, empathischen Umgang mit Betroffenen und deren Familien vorleben
- ▶ Eine möglichst wertfreie, nicht abwertende Sprache verwenden
- ▶ Stigmatisierung im Kreis der Kolleginnen und Kollegen thematisieren
- ▶ Öffentlich Stellung beziehen gegen Stigmatisierung

Empfehlungen für die Beratung und Behandlung

Anzeichen erkennen und ernst nehmen

Der erste Schritt und die Grundlage dafür, Essstörungen und Körperbildstörungen bei Jungen und Männern zu erkennen, sie diagnostisch einzuordnen und schließlich einer Behandlung zuzuführen, besteht darin, die vorliegenden Hinweise und Zeichen wahrzunehmen und sie ernst zu nehmen. Das heißt zuallererst, sich der Möglichkeit einer solchen Problematik überhaupt bewusst zu sein. Auch wenn sich bei Betroffenen die Symptomatik nicht offen zeigt oder sie sich diese selbst nicht eingestehen, gibt es dennoch Anzeichen, die auf eine Erkrankung oder beginnende Erkrankung hindeuten können.

Solche Anzeichen können die äußere Erscheinung betreffen, wie z. B. starke Gewichtszunahme oder -abnahme, häufige Gewichtsschwankungen, auffälliger Muskelzuwachs oder eine Überbetonung der körperlichen Erscheinung. Es können Veränderungen im Verhalten oder in der Stimmung auftreten wie sozialer Rückzug, Interessensverluste, Stimmungsschwankungen, Leistungsabfall in der Schule, Auffälligkeiten im Essverhalten oder ausgeprägtes sportliches Engagement.

Diese Phänomene müssen nicht zwangsläufig auf eine behandlungsbedürftige Störung hinweisen; sie können auch Teil der normalen Entwicklung sein oder Ausdruck einer vorübergehenden Adoleszenzkrise. So oder so empfiehlt es sich, genauer hinzuschauen und eben nicht die Augen zu verschließen. Ein junger Mann, der Stimmungsschwankungen zeigt und sich sozial zurückzieht, muss deswegen nicht gleich krank sein, dennoch geht es ihm offensichtlich nicht gut. Eine Nachfrage oder ein Gesprächsangebot können Hilfe und Unterstützung sein, die er vielleicht dankbar annimmt.

Es kann nicht oft genug betont werden, wie wichtig es ist, die Betroffenen sowohl in den Schilderungen ihrer Symptome als auch in ihren Ängsten und Zweifeln ernst zu nehmen.

Die eigene Haltung bewusst machen und reflektieren

Für die Beratung und Behandlung ist unser Blick auf die betroffenen Jungen und Männer von besonderer Bedeutung. Unabhängig von jeder Erkrankung schauen wir Jungen und Mädchen, Männer und Frauen unterschiedlich an. Wir haben andere, geschlechtsspezifische Vorannahmen und Erwartungen, wir nehmen andere implizite und explizite Zuschreibungen vor, wir haben jeweils eigene Erklärungsmuster für das Verhalten der verschiedenen Geschlechter. Diese so genannten „gender-walls“ in unseren Köpfen bestimmen auch unsere Wahrnehmung von Krankheit und Gesundheit und unseren Umgang damit.

Gegenüber Jungen und Männern besteht häufig die Tendenz, psychische und emotionale Probleme nicht genügend ernst zu nehmen oder sie herunterzuspielen und stattdessen eine Haltung einzunehmen, dass die Betroffenen damit schon irgendwie alleine zurecht kommen werden.

Dieser Tendenz entgegenzuwirken ist auch für professionelle Helferinnen und Helfer manchmal eine Herausforderung, da sie tief verwurzelten gesellschaftlich-kulturellen Überzeugungen entspringt. Hierbei können Fragen, die Beratende und Behandelnde sich selbst stellen, um eigene Werte und Ziele zu reflektieren, hilfreich sein (Piontek 2017).

Es ist wichtig, sich der oben genannten Mechanismen immer wieder bewusst zu sein und die Hilfebedürftigkeit des Betroffenen vorbehaltlos anzuerkennen. Der jeweilige Junge oder Mann befindet sich in einem Prozess, in dem er vielleicht zum ersten Mal über seine Probleme spricht, sich möglicherweise zum ersten Mal diese Probleme selber eingesteht. Er ist somit – auch im weiteren Verlauf der Beratung – immer wieder in einer prekären Lage: zwischen dem Wunsch sich anzuvertrauen und der Angst, „zu viel zu sagen“ fühlt er sich verunsichert, aufgewühlt, hin und hergerissen, verwundbar und in gewisser Weise ausgeliefert.

Hilfe anbieten

Ansprechen

Menschen, die an einer Essstörung oder Körperbildstörung leiden, werden im Allgemeinen nicht gerne darauf angesprochen. Sie erleben Scham und Schuld, haben Angst vor Veränderung und Angst davor, dass ihnen etwas Wichtiges, ein wichtiges Regulativ, weggenommen wird. Das ist die eine Seite. Auf der anderen Seite besteht häufig eine große Sehnsucht danach, endlich mit dem eigenen Leiden und der Symptomatik wahrgenommen zu werden. Die Erkrankung ist ja letztlich auch eine Mitteilung an die Außenwelt, eine Botschaft, die anders keinen Ausdruck findet. Insofern kann das Angesprochenwerden neben negativen Reaktionen auch Erleichterung auslösen.

Die hohe Ambivalenz der Betroffenen erfordert ein einfühlsames Vorgehen. Die eigenen Beobachtungen sollten klar und deutlich benannt und mitgeteilt werden, jedoch ohne Vorwurf oder moralisierenden Unterton. Der betreffende Junge oder junge Mann sollte nicht das Gefühl bekommen, er solle „überführt“ werden oder man habe ihn bei etwas Verbotenem „ertappt“. Er soll vielmehr spüren, dass man ihm zugetan ist, dass man sich Sorgen und Gedanken um ihn macht und sich für ihn interessiert. Für die Gesprächssituation bedeutet dies, Fragen zu stellen, ohne die Privatsphäre des Gegenübers zu verletzen oder inquisitorisch zu wirken, Vermutungen zu äußern, Rückmeldungen zu geben und Brücken zu bauen, über die der Andere gehen kann, ohne sein „Gesicht zu verlieren“.

Je nachdem, wie der Angesprochene reagiert und wie sich das Gespräch entwickelt, kann es sinnvoll sein, konkrete Informationen über bestimmte Störungsbilder zur Verfügung zu stellen. Das kann in mündlicher Form erfolgen, indem man dem Jungen oder Mann etwas über Essstörungen und Körperbildstörungen erzählt; das können Broschüren oder Faltblätter sein oder auch Hinweise auf Links im Internet zu Info-Portalen oder Foren. Je nach Schweregrad kann es zunächst offen bleiben, ob der Betreffende tatsächlich an einer solchen Störung leidet. Die Informationen sollen die Möglichkeit eröffnen, sich mit Essstörungen oder Körperbildstörungen ohne Angst und Druck auseinanderzusetzen, das eigene Verhalten mit den beschriebenen Symptomen abzugleichen und so vielleicht einen ersten Einblick in die Hintergründe seines Verhaltens zu bekommen.

Für Jungen und Männer, die an einer Essstörung leiden, ist es durchaus bedeutsam, dass es sich bei ihrer Symptomatik um eine „Frauenkrankheit“ handelt.

Es kann hilfreich sein, die vermuteten Hemmschwellen und die Scham als Junge bzw. Mann an einer vermeintlich „weiblichen“ Störung zu leiden, von sich aus anzusprechen. Dies kann den Betroffenen helfen, über diese Hürde hinwegzukommen.

Bildlich gesprochen sollte ein Raum eröffnet werden, in dem über Dinge gesprochen und nachgedacht werden kann, für die woanders (noch) kein Raum existiert. Gleichzeitig sollte das Gegenüber die Gewissheit haben, diesen Raum ungezwungen und selbstbestimmt betreten und wieder verlassen zu können. Auch wenn der Angesprochene das Gesprächsangebot nicht annimmt und Vermutungen über eine mögliche Erkrankung zurückweist oder sogar unfreundlich und aggressiv reagiert, wird dennoch allein durch das Angebot die Tür zu diesem Raum geöffnet und der Betroffene weiß, dass er hindurch gehen kann, wenn er dies möchte.

Männereigene Themen, Bedürfnisse und Ressourcen berücksichtigen

Im Umgang mit Jungen und Männern mit Essstörungen ist eine doppelte Bewegung notwendig. Zum einen eine Fokussierung auf das Thema „Männlichkeit“ als Reflexion gesellschaftlich vermittelter Werte und Erwartungen: *Was bedeutet die Essstörung eines Betroffenen für sein Selbstverständnis als Junge oder Mann? Welchen „Sinn“ macht sein gegenwärtiges ungesundes Bewältigungsverhalten für ihn? Welche Bilder von Mannsein und Männlichkeit hat der Betroffene? Wie lässt sich sein Rollenverständnis erweitern? Lassen sich „gesündere“ Männlichkeitsvorstellungen entwickeln?*

Die zweite Bewegung besteht darin, den Fokus wieder zu erweitern und die vielen verschiedenen individuellen Bedeutungsebenen zu erfassen und in den Blick zu nehmen, die die Erkrankung noch haben kann.

Da Menschen mit Ess- und Körperbildstörungen erheblich unter Selbstwertproblemen leiden, bedarf es einer ressourcenorientierten Beratung und Behandlung. Ein wertschätzender Blick auf die Fähigkeiten und bisherigen Leistungen ist bedeutsam.

Disziplin, Strukturiertheit, „Sich in ein Thema hineinknien“ und Durchhaltevermögen sowie Frustrationstoleranz oder Leistungsbereitschaft sind naheliegende Eigenschaften, die beispielsweise ein junger Mann mit Muskeldysmorphie mitbringt. Diese Fähigkeiten zu würdigen und sie für einen Heilungsprozess zu nutzen, bietet sich an. Gleichzeitig gilt es, fremde oder internalisierte und krankheitsfördernde Erwartungen zu hinterfragen, wie z. B.: *Können Anerkennung und Zuwendung nur durch Leistung bzw. Muskeln erreicht werden?*

Information – Partizipation – Hilfen aufzeigen

Information und Aufklärung (Psychoedukation) sind sowohl in der heiklen Anfangsphase einer Beratung oder Behandlung, als auch im weiteren Verlauf und bei der Beratung über weiterführende Hilfen ein wertvolles Instrument. Ein aufklärendes Gespräch und schriftliches Informationsmaterial können helfen, Unsicherheiten und Ängste zu reduzieren und dem Betroffenen einen objektiv-sachlichen Überblick über verschiedene Störungsbilder und deren Behandlungsmöglichkeiten zu vermitteln. Hier bieten sich beispielsweise auch jugendaffine Medien zur Eigenrecherche an.

Je mehr ein Junge oder junger Mann darüber weiß, was ihn bei einer Beratung, einer ambulanten Therapie oder auch einem stationären Aufenthalt erwartet, desto besser kann er einschätzen, welche Maßnahme für ihn die richtige ist, und desto eher wird er sich auf die notwendige Behandlung einlassen.

Gerade im Hinblick auf die Thematik der männlichen Identität, in der es um Autonomiebestrebungen geht, die verknüpft ist mit Vorstellungen von Kontrolle, Machbarkeit, Selbstwirksamkeit und Eigenverantwortung, lässt sich durch die Eröffnung von Einflussmöglichkeiten auf den Beratungs- und Behandlungsprozess die Motivation fördern.

Wenn klar ist, dass ein Problem besteht und der Betroffene sich dessen nicht nur bewusst ist, sondern auch die Bereitschaft zeigt, damit offen umzugehen, besteht der nächste Schritt darin, weiterführende Hilfeangebote aufzuzeigen und sensibel an diese Angebote heranzuführen.

Es ist von besonderer Wichtigkeit, den Betroffenen darin zu bestärken, den einmal eingeschlagenen Weg weiterzugehen. Dazu gehört, sowohl die geschilderten Probleme und Symptome als auch die Ängste vor „Entdeckung“ sowie die Zweifel und Unsicherheiten bezüglich möglicher Hilfen aufzugreifen. Es ist nicht davon auszugehen, dass ein offenes Gespräch automatisch die Bereitschaft hervorbringt, sich behandeln zu lassen. Hierzu bedarf es oft längerer Motivationsarbeit.

Welches therapeutische Vorgehen sich aus Anamnese und Diagnostik ergibt, hängt – wie bei anderen psychischen Störungen auch – einerseits wesentlich vom Problembewusstsein, der Motivation sowie der Behandlungs- und Kooperationsbereitschaft des Betroffenen ab. Ein wesentlicher Aspekt für die Möglichkeiten weiterführender Beratung und Behandlung ergibt sich in der Praxis jedoch häufig aus dem Vorhandensein bzw. Nichtvorhandensein entsprechender Hilfen. //

ANHANG 1

Diagnostische Kriterien DSM-5

Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5®, deutsche Ausgabe herausgegeben von Falkai und Wittchen, mitherausgegeben von Döpfner, Gaebel, Maier, Rief, Saß und Zaudig, 2., korrigierte Auflage 2018

Anorexia Nervosa

Diagnostische Kriterien

- A. Eine in Relation zum Bedarf eingeschränkte Energieaufnahme, welche unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Entwicklungsverlauf und körperlicher Gesundheit zu einem signifikant niedrigen Körpergewicht führt. Signifikant niedriges Gewicht ist definiert als ein Gewicht, das unterhalb des Minimums des normalen Gewichts oder, bei Kindern und Jugendlichen, unterhalb des minimal zu erwartenden Gewichts liegt.
- B. Ausgeprägte Angst vor einer Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden, oder dauerhaftes Verhalten, das einer Gewichtszunahme entgegenwirkt, trotz des signifikant niedrigen Gewichts.
- C. Störung der Wahrnehmung der eigenen Figur oder des Körpergewichts, übertriebener Einfluss des Körpergewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung oder anhaltende fehlende Einsicht in Bezug auf den Schweregrad des gegenwärtig geringen Körpergewichts.

Codierhinweis: Der ICD-10-CM-Code ist abhängig vom Subtyp (siehe unten).

Bestimme, ob:

(F50.01) Restriktiver Typ: Während der letzten 3 Monate hat die Person keine wiederkehrenden Essanfälle gehabt oder kein „Purging“-Verhalten (d. h. selbstinduziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxanzien, Diuretika oder Klistieren) gezeigt. Dieser Subtyp beschreibt Erscheinungsformen, bei denen der Gewichtsverlust in erster Linie durch Diäten, Fasten und/oder übermäßige körperliche Bewegung erreicht wird.

(F50.02) Binge-Eating/Purging-Typ: Während der letzten 3 Monate hat die Person wiederkehrende „Essanfälle“ gehabt oder „Purging“-Verhalten (d. h. selbsterbeigeführtes Erbrechen oder Missbrauch von Laxanzien, Diuretika oder Klistieren) gezeigt.

Bestimme, ob:

Teilremittiert: Nachdem zuvor alle Kriterien für Anorexia Nervosa erfüllt waren, wird Kriterium A (niedriges Körpergewicht) seit einem längeren Zeitraum nicht erfüllt, während entweder Kriterium B (starke Angst vor Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden, oder dauerhaftes Verhalten, das einer Gewichtszunahme entgegenwirkt) oder Kriterium C (Störung der Wahrnehmung der eignen Figur und des Körpergewichts) weiterhin erfüllt ist.

Vollremittiert: Nachdem zuvor alle Kriterien für Anorexia Nervosa erfüllt waren, wird keines der Kriterien seit einem längeren Zeitraum erfüllt.

Bestimme den aktuellen Schweregrad:

Die minimale Ausprägung des Schweregrades wird bei Erwachsenen durch den gegenwärtigen Body-Mass-Index (BMI, siehe unten) oder, bei Kindern und Jugendlichen, durch die BMI-Perzentile bestimmt. Die BMI-Spannweiten (siehe unten) stammen aus der Klassifizierung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von Untergewicht für Erwachsene. Für Kinder und Jugendliche sollten die korrespondierenden BMI-Perzentile verwendet werden.

Der Schweregrad kann höher angesetzt werden, um das Ausmaß klinischer Symptome, den Grad der funktionellen Beeinträchtigung und die Notwendigkeit von Kontrollen zu verdeutlichen.

- ▶ Leicht: BMI $\geq 17 \text{ kg/m}^2$
- ▶ Mittel: BMI 16–16,99 kg/m^2
- ▶ Schwer: BMI 15–15,99 kg/m^2
- ▶ Extrem: BMI $< 15 \text{ kg/m}^2$

Diagnostische Kriterien DSM-5

Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5®, deutsche Ausgabe herausgegeben von Falkai und Wittchen, mitherausgegeben von Döpfner, Gaebel, Maier, Rief, Saß und Zaudig, 2., korrigierte Auflage 2018

Bulimia Nervosa

Diagnostische Kriterien (F50.2)

A. Wiederholte Episoden von Essanfällen. Ein Essanfall ist durch die folgenden Merkmale gekennzeichnet:

1. Verzehr einer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum (z. B. innerhalb eines Zeitraums von 2 Stunden), wobei diese Nahrungsmenge erheblich größer ist als die Menge, die die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum unter vergleichbaren Bedingungen essen würden.
2. Das Gefühl, während der Episode die Kontrolle über das Essverhalten zu verlieren (z. B. das Gefühl, nicht mit dem Essen aufhören zu können oder keine Kontrolle über Art und Menge der Nahrung zu haben).

B. Wiederholte Anwendung von unangemessenen kompensatorischen Maßnahmen, um einer Gewichtszunahme entgegenzusteuern, wie z. B. selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Laxanzien, Diuretika oder anderen Medikamenten, Fasten oder übermäßige körperliche Bewegung.

C. Die Essanfälle und die unangemessenen kompensatorischen Maßnahmen treten im Durchschnitt mindestens einmal pro Woche über einen Zeitraum von 3 Monaten auf.

D. Figur und Körpergewicht haben einen übermäßigen Einfluss auf die Selbstbewertung.

E. Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf von Episoden einer Anorexia Nervosa auf.

Bestimme, ob:

Teilremittiert: Nachdem zuvor alle Kriterien einer Bulimia Nervosa erfüllt waren, werden noch manche, aber nicht alle Kriterien seit einem längeren Zeitraum erfüllt.

Vollremittiert: Nachdem zuvor alle Kriterien einer Bulimia Nervosa erfüllt waren, wird keines der Kriterien mehr seit einem längeren Zeitraum erfüllt.

Bestimme den aktuellen Schweregrad:

Die minimale Ausprägung des Schweregrades wird über die Häufigkeit von unangemessenen kompensatorischen Maßnahmen bestimmt (siehe unten).

Der Schweregrad kann höher angesetzt werden, um andere Symptome und den Grad der funktionellen Beeinträchtigungen zu verdeutlichen.

Leicht: Durchschnittlich 1 bis 3 Episoden unangemessener kompensatorischer Maßnahmen pro Woche.

Mittel: Durchschnittlich 4 bis 7 Episoden unangemessener kompensatorischer Maßnahmen pro Woche

Schwer: Durchschnittlich 8 bis 13 Episoden unangemessener kompensatorischer Maßnahmen pro Woche

Extrem: Durchschnittlich 14 oder mehr Episoden unangemessener kompensatorischer Maßnahmen pro Woche.

ANHANG 1

Diagnostische Kriterien DSM-5

Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5®, deutsche Ausgabe herausgegeben von Falkai und Wittchen, miterausgegeben von Döpfner, Gaebel, Maier, Rief, Saß und Zaudig, 2., korrigierte Auflage 2018

Binge-Eating-Störung

Diagnostische Kriterien (F50.81)

- A. Wiederholte Episoden von Essanfällen.
Ein Essanfall ist durch die folgenden beiden Merkmale gekennzeichnet:
1. Verzehr einer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum (z. B. innerhalb eines Zeitraums von 2 Stunden), wobei diese Nahrungsmenge erheblich größer ist als die Menge, die die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum unter vergleichbaren Bedingungen essen würden.
 2. Das Gefühl, während der Episode die Kontrolle über das Essverhalten zu verlieren (z. B. das Gefühl, nicht mit dem Essen aufhören zu können oder keine Kontrolle über Art und Menge der Nahrung zu haben).
- B. Die Essanfälle treten gemeinsam mit mindestens drei der folgenden Symptome auf:
1. Wesentlich schneller essen als normal.
 2. Essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl.
 3. Essen großer Nahrungsmengen, wenn man sich körperlich nicht hungrig fühlt.
 4. Alleine essen aus Scham über die Menge, die man isst.
 5. Ekelgefühle gegenüber sich selbst, Deprimiertheit oder große Schuldgefühle nach dem übermäßigen Essen.
- C. Es besteht deutlicher Leidensdruck wegen der Essanfälle.
- D. Die Essanfälle treten im Durchschnitt mindestens einmal pro Woche über einen Zeitraum von 3 Monaten auf.
- E. Die Essanfälle treten nicht gemeinsam mit wiederholten unangemessenen kompensatorischen Maßnahmen wie bei der Bulimia Nervosa und nicht ausschließlich im Verlauf einer Bulimia Nervosa oder Anorexia Nervosa auf.

Bestimme, ob:

Teilremittiert: Nachdem zuvor alle Kriterien einer Binge-Eating-Störung erfüllt waren, treten die Essanfälle seit einem längeren Zeitraum durchschnittlich seltener als einmal pro Woche auf.

Vollremittiert: Nachdem zuvor alle Kriterien einer Binge-Eating-Störung erfüllt waren, tritt keines der Kriterien seit einem längeren Zeitraum auf.

Bestimme den aktuellen Schweregrad:

Die minimale Ausprägung des Schweregrades wird über die Häufigkeit der Essanfälle bestimmt (siehe unten).

Der Schweregrad kann höher angesetzt werden, um andere Symptome und den Grad der funktionellen Beeinträchtigung zu verdeutlichen.

Leicht: 1 bis 3 Essanfälle pro Woche.

Mittel: 4 bis 7 Essanfälle pro Woche

Schwer: 8 bis 13 Essanfälle pro Woche

Extrem: 14 oder mehr Essanfälle pro Woche.

Anamnese und Diagnostik bei Essstörungen

Hilfreiche Fragen und Beobachtungen, die zur Einordnung und Beurteilung der Symptome beziehungsweise zur Diagnostik beitragen können:

- ▶ Wie war die Gewichtsentwicklung in den letzten Jahren?
- ▶ Gab es starke Gewichtsschwankungen?
- ▶ Gibt es ein angestrebtes Zielgewicht? Ein Körperideal?
- ▶ Wie groß ist die Diskrepanz zwischen angestrebter und tatsächlicher Körperform? Welches Ausmaß an Körperunzufriedenheit ergibt sich daraus?
- ▶ Wie häufig wird der Körper begutachtet (im Spiegel, auf der Waage, mit dem Maßband)? Welches Ausmaß an gedanklicher Beschäftigung mit dem eigenen Körper lässt sich daraus ableiten?
- ▶ Mit welchen Worten beschreibt der Betroffene sich und seinen Körper? Drücken sich darin negative Emotionen (Ablehnung, Scham, Verlegenheit, Ekel etc.) aus?
- ▶ Kann der Betroffene seinen Körper realistisch wahrnehmen oder nimmt er sich selbst, wie beispielsweise im Falle der Muskeldysmorphie, als schwächlich wahr, obwohl er eigentlich muskulös ist?
- ▶ Gibt es Vermeidungsverhalten? Vermeidet der Betroffene bestimmte soziale Situationen (gemeinsames Essen, Situationen, in denen Andere seinen Körper sehen und bewerten könnten etc.)?
- ▶ Wie ist das Ernährungsverhalten? Wird eine bestimmte Diät eingehalten? Gibt es Vorschriften, die das Essen regulieren (z. B. verbotene Lebensmittel)?
- ▶ Wie ist das Bewegungsverhalten? Sport? Krafttraining? Wird es so intensiv betrieben, dass andere wichtige Aktivitäten (soziale, familiäre, schulische, berufliche) dadurch zu kurz kommen?
- ▶ Liegt eine Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln, Medikamenten, Drogen vor?
- ▶ Treten Essanfälle auf?
- ▶ Gibt es kompensatorische Maßnahmen?

Komorbiditäten beachten

Ebenfalls wichtig sind Fragen nach zusätzlichen Symptomen. Sowohl Essstörungen als auch Muskeldysmorphie sind häufig mit Komorbiditäten wie Angst- und Zwangsstörungen, Depressionen oder auch Persönlichkeitsstörungen verbunden.

Diagnosekriterien der Muskeldysmorphie nach Pope

Hauptdiagnosekriterium nach Pope ist die übermäßige gedankliche Beschäftigung mit dem eigenen Körper und die Befürchtung, dieser könne nicht schlank und muskulös genug sein („schlank“ bedeutet in diesem Zusammenhang nicht „dünn“, sondern vor allem fettfrei). Damit verbundene charakteristische Verhaltensweisen sind exzessives Krafttraining und strenge Beachtung von Ernährungsregeln.

Die übermäßige Beschäftigung zeigt sich in mindestens zwei der folgenden vier Kriterien:

1. Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgegeben aufgrund eines zwanghaften Bedürfnisses, die selbst auferlegten Bewegungs- und Diätpläne aufrechtzuerhalten.
2. Situationen, in denen der eigene Körper von anderen gesehen werden kann, werden vermieden oder können nur mit Gefühlen starker Anspannung und Angst ausgehalten werden.
3. Die Sorge darüber, der eigene Körper könne nicht groß oder muskulös genug sein, erzeugt klinisch signifikanten Stress und /oder Beeinträchtigungen in der psychosozialen Funktionsfähigkeit.
4. Das Trainingsprogramm, die Ernährungsgewohnheiten und der Gebrauch muskel- aufbauender Substanzen werden fortgesetzt trotz negativer körperlich-gesundheitlicher und /oder psychischer Folgen.

Der zentrale Aspekt der gedanklichen Beschäftigung und der assoziierten Verhaltensweisen besteht in der Sorge, zu schwächig oder zu wenig muskulös zu sein. Dies unterscheidet sich von der Sorge, zu dick zu sein, wie in der Anorexia Nervosa, sowie von der Sorge um das Aussehen anderer Körperteile, wie in der Körperdysmorphie Störung.

nach Pope et al. (2000), *The Adonis Complex*

Literatur

- Ackard DM, Fulkerson JA, Neumark-Sztainer D (2007) Prevalence and utility of DSM-IV eating disorder diagnostic criteria among youth. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 409–417
- Agliata D, Tantleff-Dunn S (2004) The impact of media exposure on males' body image. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 7–22
- Baird AL, Grieve FG (2006) Exposure to male models in advertisements leads to a decrease in men's body image. *North American Journal of Psychology*, 8, 115–122
- Bosley A (2011) Body image and eating disturbance in gay and bisexual men: A review. *Journal of GLBT Family Studies*, 7, 457–469
- Brewerton TD (2004) Eating disorders, victimization and comorbidity: Principles of treatment. In: Brewerton TD (Ed.), *Clinical handbook of eating disorders: An integrated approach* (pp. 509-545). New York: Marcel Dekker. Inc.
- Brewerton TD (2005) Psychological trauma and eating disorders. *Review of Eating Disorders*, 1, 137–154
- Brewerton TD (2006) Comorbid anxiety and depression and the role of trauma in children and adolescents with eating disorders. In: Jaffa T, McDermott B (Eds.), *Eating disorders in children and adolescents* (pp. 158-168). Cambridge, UK: Cambridge University Press
- Brewerton TD (2007) Eating disorders, trauma and comorbidity: Focus on PTSD. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 15, 285–304
- Carter JC, Bewell-Weiss CV (2007) Nonfat phobic anorexia nervosa: Clinical characteristics and response to inpatient treatment. *International Journal of Eating Disorders*. 2007; 40: 310–320
- Crisp AH, Burns T (1990) Primary anorexia nervosa in the male and female: A comparison of clinical features and prognosis. In: Andersen AE (Ed.), *Males with eating disorders* (pp. 77–79), New York, N.Y: Brunner/Mazel
- Darcy AM (2011) Eating disorders in adolescent males: A critical examination of five common assumptions. *Adolescent Psychiatry*, 1, 307–312
- Deutsche Sporthochschule Köln/Institut für Biochemie (Hg.) Nebenwirkungen von Anabolika <https://www.dshs-koeln.de/institut-fuer-biochemie/doping-substanzen/nebenwirkungen-von-dopingmitteln/nebenwirkungen-von-anabolika/> [zuletzt eingesehen am 29.10.2018]
- Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5® (2018), aus dem *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*, © 2013 American Psychiatric Association, dt. Version herausgegeben von Falkai und Wittchen, mitherausgegeben von Döpfner, Gabel, Maier, Rief, Saß und Zaudig, 2., korrigierte Auflage 2018 Hogrefe Verlag.
- Feldman MB, Meyer IH (2010) Comorbidity and age of onset of eating disorders in gay, lesbians, and bisexuals. *Psychiatry Research*, 180, 126–131
- Garner DM (2004) *Eating Disorder Inventory – 3. Professional Manual*. Florida, USA: Psychological Assessment Resources
- Gesellschaft gegen Gewichtsdiskriminierung e. V. <http://www.gewichtsdiskriminierung.de/>
- Glazer JL (2008) Eating disorders among male athletes. *Current Sports Medicine Reports*, 7, 332–337
- Grieve FG, Truba N, Bowersox S (2009) Etiology, Assessment, and Treatment of Muscle Dysmorphia. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 23, 4, 306–314
- Harmer PA (2010) Anabolic-androgenic steroid use among young male and female athletes: Is the game to blame? *British Journal of Sports Medicine*, 44, 26–31
- Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr., Kessler RC (2007) The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61, 348–358
- Huizinga MM, Bleich SN, Beach MC, Clark JM, Cooper LA (2010) Disparity in physician perception of patients' adherence to medications by obesity status. *Obesity (Silver Spring)*, 18 (10), 1932–1937
- Jones WR, Morgan JF (2010) Eating disorders in men: A review of the literature. *Journal of Public Mental Health*, 9, 23–31
- Keel PK, Forney KJ (2015) Prevalence and incidence of eating disorders in western societies. In L. Smolak & M. P. Levine (Eds.), *The Wiley Handbook of Eating Disorders*. West Sussex, UK: Wiley
- McCabe MP, Ricciardelli LA, Stanford J, Holt K, Keegan S, Miller L (2007) Where is all the pressure coming from? Messages from mothers and teachers about preschool children's appearance, diet, and exercise. *European Eating Disorders Review*, 15, 221–230
- Mölbert SC, Thaler A, Mohler BJ, Streuber S (2017) Assessing body image in anorexia nervosa using biometric self-avatars in virtual reality: Attitudinal components rather than visual body size estimation are distorted. *Psychological Medicine*; Cambridge Core <https://doi.org/10.1017/S0033291717002008>. [zuletzt eingesehen am 29.10.2018]
- Murray SB, Rieger E, Hildebrandt T, Karlov L, Russell J, Boon E, Touyz SW (2012) A comparison of eating, exercise, shape, and weight related symptomatology in males with muscle dysmorphia and anorexia nervosa. *Body Image*, 9, 193-200
- Murray SB, Rieger E, Touyz SW, de la Garza Garcia Y (2010) Muscle dysmorphia and the DSM-V conundrum: Where does it belong? A review paper. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 483-491
- Norris ML, Apsimon M, Harrison M, Obeid N, Buchhizl A, Henderson KA, Spettigue W (2012) An examination of medical and psychological morbidity in adolescent males with eating disorders. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 20, 405-415
- Olivardia R, Pope HG Jr., Hudson JI (2000) Muscle dysmorphia in male weightlifters: A case control study. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1291-1296
- Olivardia R (2001) Mirror, mirror on the wall, who's the largest of them all? The features and phenomenology of muscle dysmorphia. *Harvard Review of Psychiatry*, 9, 245-259
- Paul T, Thiel A (2004) *Eating Disorder Inventory-2. EDI-2. Deutsche Version*, Verlag Hogrefe

- Peterson JL, Puhl RM, Luedicke J (2012) An experimental assessment of physical educators' expectations and attitudes: the importance of student weight and gender. *Journal of School Health*, 82 (9), 432–440
- Piontek R (2017) *Doing Gender. Umgang mit Rollenstereotypen in der therapeutischen Praxis*
- Pope HG Jr., Phillips KA, Olivardia R (2000) *The Adonis Complex: The secret crisis of male body obsession*. New York: The Free Press
- Pope HG Jr., Phillips KA, Olivardia R (2001) *Der Adonis-Komplex: Schönheitswahn und Körperkult bei Männern*.
- Puhl RM, Heuer CA (2009) The stigma of obesity: a review and update. *Obesity (Silver Spring)*, 17 (5), 941–964
- Ricciardelli LA, McCabe M (2004) A biopsychosocial model of disordered eating and the pursuit of muscularity in adolescent boys. *Psychological Bulletin*, 130, 179–205
- RKI, Robert-Koch Institut (Hg.) (2011) KOLIBRI. Studie zum Konsum leistungsbeeinflussender Mittel in Alltag und Freizeit. Ergebnisbericht https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Weitere_Studien/Kolibri/Kolibri_inhalt.html [zuletzt eingesehen am 06.12.2018]
- Rodgers RF, Ganchou C, Franko DL, Chabrol H (2012) Drive for muscularity and disordered eating among French adolescent males: A sociocultural model. *Body Image*, 9, 318–323
- Schwimmer JB, Burwinkle TM, Varni JW (2003) Health-related quality of life of severely obese children and adolescents. *The Journal of the American Medical Association*, 289 (14), 1813–1819
- Sieverding M, Kendel F (2012) Geschlechter(rollen)aspekte in der Arzt-Patient-Interaktion, *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung* 9 – 2012 https://www.psychologie.uni-heidelberg.de/ae/diff/gender/pdf-files/Sieverding%20&%20Kendel%20%282012%29_BundesgesBlatt.pdf [zuletzt eingesehen am 29.10.2018]
- Snow J, Harris M (1989) Disordered Eating in South-western Pueblo Indians and Hispanics. *Journal of Adolescence*, 12, 329–336
- Sonnenmoser M (2017) *Esstörungen bei Männern: Nicht nur eine „Frauenkrankheit“* (Themen der Zeit), PP 16, Ausgabe Dezember 2017, 586 <https://www.aerzteblatt.de/archiv/195309/Esstoerungen-bei-Maennern-Nicht-nur-eine-Frauenkrankheit> [zuletzt eingesehen am 29.10.2018]
- Striegel-Moore RH, Rosselli F, Perrin N, Wilson GT, May A, Kraemer HG (2009) Gender differences in the prevalence of eating disorder symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 471–474
- Strother E, Lemberg R, Stanford SC, Turberville D (2012) Eating disorders in men: Underdiagnosed, undertreated, and misunderstood. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 20, 346–355
- Tanofsky-Kraff M (2017) *Origins of Binge Eating. Pediatric Loss-of-Control Eating*. In: Brownell KD, Walsh BT, Hg. *Eating Disorders and Obesity*. New York: The Guilford Press
- Thapliyal P, Mitchison D, Hay P, Sainsbury A (2017) *Insights into the Experiences of Treatment for An Eating Disorder in Men: A Qualitative Study of Autobiographies* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5485468/> [zuletzt eingesehen am 29.10.2018]
- Thapliyal P, Hay P, Conti J (2018) Role of gender in the treatment experiences of people with an eating disorder: a metasynthesis <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6088416/> [zuletzt eingesehen am 29.10.2018]
- Thompson JK, Schaefer LM, Menzel JE (2012) Internalization of thin-ideal and muscular-ideal. In: Cash TF (Ed.), *Encyclopedia of body image and human appearance* (pp. 512–520). Amsterdam: Elsevier
- Weltzin TE (2017) *Eating Disorders in Males*. In: Brownell KD, Walsh BT, *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. New York: The Guilford Press
- White S, Reynolds-Malec JB, Cordero E (2011) Disordered eating and the use of unhealthy weight control methods in college students: 1995, 2002, and 2008. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 19, 323–334
- Woodside DB, Garfinkel PE, Kin E, Goering P, Kaplan AS, Goldbloom DS, Kennedy SH (2001) 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*, 158, 570–574

Körper und Geschlecht bei Jungen und Männern – eine sozialwissenschaftliche Betrachtung

Reinhard Winter / Gunter Neubauer

Einleitung

In diesem Teil des Themenheftes wird mit Hilfe ausgewählter sozialwissenschaftlicher Aspekte der Frage nachgegangen, welche Bedeutung die Gesellschaft, der gesellschaftliche Wandel sowie traditionelle und moderne Männer- und Körperbilder auf die Entwicklung männlicher Identität haben und in welchem Bedeutungszusammenhang mit Körperunzufriedenheit und Essstörungen bei Jungen und Männern sie stehen können.

// Zu Beginn wird ein aufschlussreicher Blick auf die historische Behandlung des Themas in der Sozial- und Medizingeschichte geworfen. Die Autoren diskutieren die geschlechterbezogenen Zuschreibungen in Bezug auf das Krankheitsbild und die Folgen für männliche Betroffene durch Bagatellisierung und Marginalisierung.

Ausgewählte Schlaglichter sind im Weiteren: die *Funktionalisierung und Kommerzialisierung des männlichen Körpers*, die allgegenwärtig präsentierten Körperideale und der hieraus entstehende Druck, das Thema *Jungen/Männer als Opfer*, der Bereich *Sport als männliche Domäne* sowie *Essen, Ernährung und männliche Selbstfürsorge*.

Die Auseinandersetzung mit männlicher Sozialisation und den Bedingungen männlicher Identitätsbildung ist ein zentraler Aspekt für das Verständnis männlicher Lebenslagen und eröffnet nicht zuletzt erweiterte Perspektiven für die Prävention.

Die Schlussfolgerungen aus den vorhergehenden Ausführungen werden unter spezifischen Fragestellungen dargestellt: Was sind die gerade für Jungen und Männer entscheidenden Faktoren für einen gelingenden Zugang in Beratung, Behandlung und letztendlich zur Gesundheit? Was ist hilfreich und förderlich – auf der Ebene der Betroffenen, der Fachkräfte und fachlich zuständigen Institutionen, der Medien und der Öffentlichkeit?

Die Ergebnisse sind Wegweiser für die Konzeption von Präventions- und Hilfeangeboten für Jungen und Männer mit Essstörungen und verwandten Problematiken. //

Essstörungen historisch: ein weiblicher Zusammenhang

Essstörungen betreffen wohl schon immer Menschen jeden Geschlechts. Diskutiert wurden sie allerdings überwiegend auf Mädchen- und Frauenseite.

// Symptomatisch werden Essstörungen schon seit dem Mittelalter in unterschiedlichsten Zusammenhängen beschrieben. So gab es etwa „Hungerheilige“ wie Nikolaus von Flüe (Bruder Klaus), der 19 Jahre lang nichts gegessen haben soll. Allerdings sind bei den Hungerheiligen vor allem junge Frauen im Blick. Dennoch sind Essstörungen bei Jungen und Männern nicht etwa ein heute erst neu entdecktes Phänomen, sondern in der Medizingeschichte schon seit langem ein Thema: „Der Londoner Arzt Richard Morton beschrieb 1689 den drastischen Gewichtsverlust bei einem 16-Jährigen als ‚nervous consumption caused by sadness and anxious cares‘. 1764 publizierte Robert Whytt einen Fallbericht über einen 14-Jährigen mit [Symptomen einer] Anorexia nervosa. Robert Willan folgte 1790 mit einer weiteren Publikation mit dem Titel *A Remarkable Case of Abstinence*, in der er den Tod eines jungen englischen Mannes darstellte, der 78 Tage fastete.“ (Mangweth-Matzek 2015)

Phänomene dieser Art finden immer wieder auch literarischen Niederschlag. Im historischen Bilderbuch *Struwelpeter* (1845) beschrieb der Arzt Heinrich Hoffmann in der *Geschichte vom Suppenkaspar* mit drohendem Unterton das Phänomen des Abmagerns bei einem Jungen: „Der Kaspar wie ein Fädchen war. Er wog vielleicht ein halbes Lot – und war am fünften Tage tot“. Und in seiner sarkastischen Erzählung *Ein Hungerkünstler* (1922) berichtet Franz Kafka, der zeitweise, so wird vermutet, selbst unter Essstörungen litt, über einen anfangs im Zirkuskäfig bewunderten Helden, dessen Kunst dann allerdings immer weniger Anerkennung findet. Dennoch hungert er weiter und stirbt am Ende – fast vergessen. Auch in der Bildenden Kunst finden sich Hinweise. Exemplarisch sei ein Selbstportrait von Egon Schiele von 1911 erwähnt, das nicht zufällig einen aktuellen Titel zum Thema Magersucht illustriert (Reich/Böttcher 2017).

Gegen Ende des 19. Jahrhunderts kam es zur Definition eines – weitestgehend femininen – Krankheitsbildes und zu eigenen Diagnosebezeichnungen. 1873 veröffentlichte William Gull (1816 – 1890) in London drei eher psychopathologisch orientierte Fallbeschreibungen junger Frauen unter dem Titel *Anorexia Nervosa*. Ebenfalls 1873 publizierte Ernest-Charles Lasègue (1816 – 1883) in Paris

De l'Anorexie Hysterique und beschrieb dort psychologische und soziale Entstehungsbedingungen wie zum Beispiel die Familiendynamik. Zum Verständnis von Essstörungen werden seither gleichermaßen psychogene wie soziogene und biologische Faktoren untersucht, wobei ein Blick auf die männliche Seite fast durchgängig fehlt – so auch in Tilmann Habermas' *Zur Geschichte der Magersucht. Eine medizinisch-psychologische Rekonstruktion* von 1994.

Die Beobachtung einer Zunahme von Essstörungen bei jungen Frauen v. a. in den USA der 1960er und 1970er Jahre führte zur Ausweitung entsprechender Forschung und zu eigenen Therapieansätzen. Dafür steht insbesondere die deutsch-amerikanische Ärztin und Psychoanalytikerin Hilde Bruch (1904 – 1984), die 1978 nach langjähriger klinischer Erfahrung und basierend auf Fallbeispielen zumeist junger Frauen *The Golden Cage. The Enigma of Anorexia Nervosa* (dt. *Der goldene Käfig. Das Rätsel der Magersucht*) publizierte. In der Folge wurden Essstörungen mehr und mehr zum Medienthema und so einer breiteren Öffentlichkeit immer bekannter. Betroffene berichteten und schrieben über ihre Erfahrungen – heute geschieht dies nicht zuletzt in Internet-Foren. Eine Reihe meist Mädchenspezifischer Präventionsprogramme und -projekte wurde konzipiert. Erst seit wenigen Jahren werden männliche Erkrankungsdaten (Prävalenzen), krankheitsbezogene und therapeutische Spezifika oder jungenspezifische Präventionsstrategien (Neubauer 2006) eingehender diskutiert.

Seit den 1980er Jahren ist die wissenschaftliche Thematisierung von Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa und weiteren Essstörungen nicht nur in Deutschland stark angestiegen. Bei einer Durchsicht der verfügbaren Literatur lassen sich dabei sowohl auf theoretisch-diagnostischer Ebene als auch in Fallsammlungen fast ausschließlich weibliche Betroffene identifizieren. Auch die neueste medizinische Literatur seit der Jahrtausendwende zeigt in diesem Feld kaum Jungen- und Männerbezüge, so der Stuttgarter Medizinhistoriker Prof. Dr. Martin Dinges im Experteninterview.

Essstörungen sind also – ähnlich vielleicht wie die sogenannte „Hysterie“ um 1900 – sozial- und medizingeschichtlich stark weiblich konnotiert und entsprechend feminisiert. Aktuell lassen sich ähnliche Phänomene im Bereich des selbstverletzenden Verhaltens identifizieren (Friebel 2017).

Wie die Hysterie oder das selbstverletzende Verhalten gelten Essstörungen als weiblich aufgeladen, sie hängen gleichsam am Weiblichen, wodurch, so ist anzunehmen, die Diagnose einer „Essstörung“ für Jungen und Männer immer noch einer gewissen De-Maskulinisierung und Feminisierung gleichkommt.

Eine Geschichte der männlichen Essstörungen – von den mittelalterlichen Hungerheiligen über moderne Hungerkünstler, Fastenlehrer und die Asketen der Lebensreformbewegung bis hin zur Gegenwart – muss jedenfalls erst noch geschrieben werden. //

**Beispiele:
„Betroffene berichten“**

Reinhold Miebach

Hungersucht: Man(n) kotzt sich aus. Ein bulimiekranker Mann erzählt. Ein Tatsachenbericht
pro literatur Verlag 2004

Bernhard Wappis

**Darüber spricht man(n) nicht ...!
Magersucht und Bulimie bei Männern**
Books on Demand 2005

Christian Frommert

**Dann iss halt was! Meine Magersucht –
wie ich gekämpft habe – wie ich überlebe**
Goldmann tb 2015

Essstörungen bei Jungen und Männern: ein marginalisiertes und verdrängtes Thema

Es gibt männliche und weibliche Zugänge in eine Essstörung. Dem einzelnen Betroffenen werden vergleichende Zahlen über die Häufigkeiten der Erkrankung bei dem einen oder anderen Geschlecht wenig gerecht. Fachkräfte sollten mit Relationsaussagen sparsamer umgehen.

// Eine Ausweitung von Essstörungen über die Geschlechtergrenzen hinweg wird am ehesten für Binge Eating und teilweise für die Bulimie diskutiert, während die Anorexie fast ausschließlich als eine Erkrankung von Mädchen und Frauen gilt. Bis in die jüngste Vergangenheit gehen die DSM- und ICD-Diagnosekriterien von der jungen Patientin als Norm aus.

Aber auch über die Anorexie hinaus werden Essstörungen insgesamt überwiegend als „weibliches“ Problem etikettiert: Als erster Risikofaktor für Essstörungen gilt das weibliche Geschlecht. Neben der historischen „Vorbeltung“ aus dem 19. Jahrhundert liegt ein weiterer Grund darin, dass Essstörungen im 20. Jahrhundert nicht zuletzt durch eine feministische Frauengesundheitsbewegung enttabuisiert – und damit gleichzeitig als explizites Mädchen- und Frauenthema markiert wurden. So ist heute eine hohe Sensibilisierung für Essstörungen von Mädchen und Frauen festzustellen. Fachleute, Eltern und Öffentlichkeit wurden mittlerweile über Jahre hinweg informiert, Fachkräfte qualifiziert, Vernetzungsstrukturen ausgebaut. Dadurch wuchsen in den vergangenen 30 Jahren das Bewusstsein, eine höhere Aufmerksamkeit und eine gewisse Wachsamkeit für Essstörungen bei Mädchen und Frauen. Gleichzeitig brachte diese Entwicklung eine geschlechterbezogene Zuschreibung in Bezug auf das Krankheitsbild mit sich.

Je stärker Essstörungen mit „weiblich“ verknüpft sind, desto mehr wird das Thema in Bezug auf Jungen und Männer verdeckt, es droht übersehen zu werden oder zu verschwinden. Dies gilt für den fachlichen Diskurs, die öffentliche wie gesundheitspolitische Aufmerksamkeit und für den Einzelfall.

Problematisch für die eigenständige Thematisierung und Wahrnehmung von Essstörungen bei Männern ist ebenfalls der unablässige Geschlechtervergleich. Er führt zu einer

polarisierten Darstellung von Geschlechtern und dazu, dass Unterschiede zwischen verschiedenen Gruppen von Jungen bzw. Männern (Binnendifferenzierung) verdeckt werden.

Ein permanenter quantitativer Vergleich bagatellisiert und marginalisiert männliche Betroffenheit von Essstörungen und trägt zur Verdeckung bei.

Bei der Thematisierung von Essstörungen fällt auf, dass fast durchgängig betont wird, der Anteil betroffener Männer sei gering: „Frauen leiden viermal mehr an Essstörungen.“ – „Nur 5% bis 10% der Betroffenen sind Männer.“ Diese Relativierung und Abschwächung findet sich selbst dann, wenn die Thematisierung unter der Überschrift „Essstörungen bei Männern“ erfolgt oder wenn das Thema in einem Männergesundheitsbericht bearbeitet wird. Die sprachliche Darstellung dieser statistisch im Kern wohl korrekten Informationen führt zu einer Art „Verkleinerung“ der Bedeutung von Essstörungen bei Jungen und Männern. Indem die Seltenheit betont wird und männlichen Betroffenen ein Ausnahme- und Exotenstatus zugewiesen wird, werden Essstörungen bei Jungen und Männern immer wieder als randständig markiert. Damit einhergehende Probleme werden tendenziell bagatellisiert. Selbst dann, wenn dieser Zusammenhang einigermaßen kritisch reflektiert oder kommentiert wird, wird auf den geringen Anteil bei Jungen und Männern abgestellt.

Durch die Wiederholung desselben bleibt gerade dieses im Gedächtnis hängen und prägt sich ein: Essstörungen bei Jungen und Männern sind „eigentlich“ und vergleichsweise kein (großes) Thema, weil schließlich vor allem Mädchen und Frauen betroffen sind.

Eine bessere Möglichkeit wäre es, ggf. die Prävalenzen ohne Relationsaussage nebeneinander zu stellen: „Von Essstörungen sind Jungen und Mädchen, Frauen und Männer betroffen. Ihr Anteil liegt bei ...“

Beispiele: Relativierung und Marginalisierung von Essstörungen bei Jungen und Männern

„Essstörungen bei Männern (...) Nach wie vor sind besonders Mädchen und junge Frauen davon betroffen.“ (Hofmann 2009)

„Nach wie vor sind vorrangig Mädchen und junge Frauen von Essstörungen betroffen, wenngleich ein nicht unerheblicher Anteil von männlichen Jugendlichen Frühzeichen dieser Störungen aufweist.“ (KIGGS 2008)

„Obwohl Essstörungen vor allem als weibliches Problem wahrgenommen werden, sind auch Männer betroffen.“ (RKI Männergesundheitsbericht 2014)

„Neue Studie zu Essstörungen: Frauen leiden vier Mal häufiger an Essstörungen als Männer.“ (Hilbert 2012)

„Mädchen und Frauen sind besonders gefährdet, Essstörungen zu entwickeln. Doch auch Jungen und Männer leiden gelegentlich unter Magersucht oder Bulimie.“ (Homepage Gesundheitsstadt Berlin, www.gesundheitsstadt-berlin.de/auch-jungen-haben-essstoerungen-11110/ [zuletzt eingesehen am 06.12.18])

„Auch bei männlichen Athleten wurden Störungen des Essverhaltens und des reproduktiven Systems beschrieben. Wegen der höheren Prävalenz wird der Fokus auf die weibliche Athletin gelegt.“ (Platen 2015)

Eine Bagatellisierung und Marginalisierung von Essstörungen bei Jungen und Männern wird zudem in der medialen Bildsprache deutlich – und dies selbst bei professionellen Informations- und Hilfeangeboten. So werden zur Illustration bevorzugt Abbildungen von (traurigen, niedergeschlagenen) Mädchen verwendet. Dies kann von betroffenen Jungen und Männern zumindest exkludierend, also ausschließend, wenn nicht subtil diskriminierend erlebt werden.

Wenn sich schon die Fachwelt mit der Wahrnehmung und Anerkennung dieser Erkrankungsbilder beim männlichen Geschlecht schwer tut, so liegt es nahe, dass es für Betroffene noch ungleich schwieriger sein kann, ihre Erkrankung mit sich selbst und dem eigenen Männlichsein in Verbindung zu bringen. Als Junge oder Mann zum einen an einem somato-psychischen Störungsbild, noch dazu an einer Erkrankung zu leiden, die als nichtmännlich gilt, kann als ein doppeltes Stigma empfunden werden.

Hinter der Marginalisierung des Themas könnte sich ein gewisser Unwille verbergen, Jungen und Männer als mit diesem Störungsbild behaftet wahrzunehmen oder das Männliche hier assoziieren zu können.

Denn jenseits von psychischen und möglichen physisch bedingten Einflüssen wie genetische Dispositionen oder hormonelle Wirkungen, verweisen die geschlechterbezogenen Unterschiede im Umgang mit Essstörungen auf den Zusammenhang mit Geschlechterbildern. Vor diesem Hintergrund steht heute eine akzentuierte und eigenständige Sensibilisierung in Bezug auf Essstörungen bei Jungen und Männern an. //

Körper – Geschlecht – männliche Identität

// Die Ausbildung, d. h. das Finden und Stabilisieren einer geschlechtlichen Identität gehört zu den wesentlichen Entwicklungsaufgaben. In der Jugendphase und im jungen Erwachsenenalter (Adoleszenz) befinden sich Geschlechtsidentitäten entwicklungstypisch in einem Prozess des Wandels und neu Entstehens. Geschlechtsbezogene Krisenphänomene gehören deshalb fast notwendig zu dieser Lebensphase. Damit Jungen und Männer sich dabei finden und verorten können, stellen gesellschaftliche Institutionen jeweils Angebote für die Übergangsbewältigung zur Verfügung.

Solche über lange Zeit einigermaßen stabile Mechanismen treffen heute auf starke gesellschaftliche Veränderungen. Männlichkeitsvorstellungen – und als Teil davon männliche Körperbilder – unterliegen einem ständigen historischen Wandel mit je eigenen Herausforderungen für Jungen und Männer in der jeweiligen Epoche. Seit der Nachkriegszeit entstanden dabei durch eine Öffnung, Flexibilisierung und Freisetzung (Böhnisch 2003) größere Spielräume für neue Optionen und modernisierte Lebensentwürfe. Gegenwärtige gesellschaftliche Tendenzen gehen in Richtung Individualisierung und Selbstoptimierung. Traditionelle Geschlechterbilder und -rollen sind heute weniger starr. Dies kommt unter anderem modernen Strukturen einer Dienstleistungsgesellschaft entgegen, die eher auf sozialer Interaktion und „weicheren“ Fähigkeiten basiert.

Diese vielfältigeren Möglichkeiten werden zwar positiv erlebt, sie können aber zu Verunsicherungen und Desorientierung führen: traditionelle Bilder für die Bewältigung des Mannseins tragen nicht mehr. Neues muss erst entwickelt werden und ist noch nicht stabil verfügbar.

Moderne Widersprüche und Unsicherheiten im Männlichen

Männlichkeit war „früher“ nicht unbedingt leichter, klarer und einfacher. Aber wie jede Zeit stellt unsere Gegenwart eigene, neue Herausforderungen an das Junge- und Mannsein.

In der skizzierten Ausgangslage werden die Grenzen der Geschlechter unschärfer, aber sie verschwinden nicht. Unschärfe verlangt nach Vergewisserung. So lassen sich momentan bezeichnenderweise eine gleichzeitige Annäherung der Geschlechter und eine trennende Akzentuierung beobachten, die vor allem über die Körpergestaltung erkennbar wird.

Der gesellschaftliche Wandel führt zu Widersprüchlichkeiten:

Jungen und Männer werden einerseits aufgefordert, sich in traditionelle Männlichkeitskonzepte der Stärke und Überlegenheit einzufädeln, die z. B. über die Spielzeugindustrie, die Medien, über Eltern und Gleichaltrige vermittelt werden.

Gleichzeitig wird Jungen und Männern signalisiert, dass sie männliche Überlegenheitsideen und -traditionen tunlichst verlassen müssen und ihr Männlichsein innovativ zu gestalten hätten.

Solche Widersprüche zeigen sich auch in der Privatsphäre: So wünschen Partnerinnen oder Partner vom Jungen bzw. Mann mitunter die starke Schulter und seine Beschützerqualitäten; gleichzeitig soll er sich emotional öffnen, soll sich selbstreflektierend, mitfühlend, verständnisvoll und bisweilen bedürftig zeigen.

Es gehört heute zu den grundlegenden männlichen Erfahrungen, mit den großenteils berechtigten Entwertungen männlicher Größen- und Überlegenheitsideen und den genannten geschlechtlichen Widersprüchen konfrontiert zu sein. Mehr

oder weniger offen wird Jungen und Männern vermittelt, dass sie sich damit auseinandersetzen müssen, dass ein historisches, traditionelles Männlichkeitsbild nicht mehr trägt, ohne dass umgekehrt leicht zu bestimmen wäre, was denn ein gutes, gelingendes Junge- und Mannsein ausmacht. Diese spannungsvolle Situation kann zu Überforderungsgefühlen und Krisen führen.

Mit diesen Herausforderungen werden Jungen in der Regel alleine gelassen. Eine spezifische Jungenpädagogik, die unterstützend zu einer neuen männlichen Selbstvergewisserung beiträgt und Entwicklungsräume anbietet und öffnet, ist wenig etabliert.

Das gilt auch für eine eigenständige Jungen- und Männerpolitik, mit der Rahmenbedingungen für eine Modernisierung des Mannseins in den Blick genommen und gestaltet werden könnten (Theunert 2012; Winter 2014). Bedeutsame Themenfelder in diesem Zusammenhang könnten sein: die Folgen männlicher „Erwerbsneigung“ und die Fixierung auf Berufliches, die Beteiligung von Männern in Erziehung und Sorgearbeit sowie die Fähigkeit zur Selbstsorge.

Beruf und Erwerbstätigkeit als Kernelemente männlicher Identität

Berufsorientierte biografische Perspektiven und eine Lebensgestaltung, die sich an Erfordernissen der Erwerbsarbeit ausrichtet, sind ein traditionelles Strukturelement von Männlichkeit.

Bilder von Männlichkeit beinhalten Vorstellungen darüber, welches Lebens- und Handlungsspektrum Männer erwartet. In ihren Männlichkeitsbildern nehmen Jungen die Erwartungen auf, die später an sie als Mann gestellt werden könnten. Diese sind nach wie vor einseitig auf die Welt der Erwerbsarbeit ausgerichtet. Einen verwertbaren Platz in der Arbeitswelt zu bekommen und für eine Familie sorgen zu können, strahlt als Leitidee von Männlichkeit durch sämtliche Differenzierungen hindurch. Weiblichkeitsbilder sind dagegen vielfältiger auf Beruf und auf Familie sowie stärker auf Mütterlichkeit und Fürsorglichkeit konzentriert.

Erwerbsarbeit als „exklusive“ Quelle für das Männlichsein behält eine zentrale Bedeutung. Trotz des gesellschaftlichen Wandels lassen sich hier deutliche Kontinuitäten ausmachen. Auch heute sind Männlichkeitsentwürfe eng an Erwerbsarbeit gekoppelt, meist mit der Vorstellung lebenslänglicher

Vollzeitbeschäftigung (Stichwort: Hauptnährermodell) auf der einen Seite, andererseits mit geringerer Beteiligung an Hausarbeit, Erziehung und Pflege. Diese eindimensionale Vorstellung bringt Leistungs- und Erfolgserwartungen mit sich sowie die Herausforderung, Kontrolle über die eigenen Lebensumstände aufrecht zu erhalten – vor allem materiell und ökonomisch.

Für die geschlechtliche Identität von Jungen und Männern wirken sich Ungewissheiten im Hinblick auf den Beruf besonders stark aus. Ein sicherer Berufsstatus ist jedoch für viele Jugendliche recht ungewiss, berufliche Unsicherheit wurde zum Normalfall.

Erheblicher Stress kann zusätzlich entstehen, wenn eigene Wünsche und Möglichkeiten mit solchen Männlichkeitsbildern kollidieren, ohne anderweitig in eine Balance zu kommen oder wenn sich durch krisenhafte Ereignisse wie z. B. Unfall, Krankheit, Arbeitslosigkeit, bisherige biografische Gewissheiten auflösen.

Andere traditionelle Arenen, um sich im Männlichsein zu vergewissern, haben sich ebenfalls verändert: Politik, Partnerschaft und Familie, Sport, Feuerwehr und sogar beim Militär – überall Wandel, Geschlechteröffnung und zumindest angestrebte Gleichberechtigung. Wo sich Männlichkeit aber v. a. auf Überlegenheit und exklusive Zugänge gründet, können solche Veränderungen zu einem lädierten männlichen Selbstwertgefühl führen. Jungen und junge Männer suchen dann möglicherweise nach Formen der Kompensation.

Männliche „Körperarbeit“

Der „männlich“ geformte Körper ist ein primärer Bezugspunkt und eine zentrale Ressource der Herstellung und Darstellung von Männlichkeiten.

Im Mittelpunkt männlicher Körperaufmerksamkeit standen traditionell Muskelkraft, Ausdauer und Zähigkeit, besonders im Hinblick auf die Verwertbarkeit in der beruflichen Arbeit und beim Militär. Gefragt und ökonomisch verwertet wurde, was „im Körper steckt“ oder was mit dem Körper geleistet werden kann. Männlichkeitsnormen vermitteln von daher immer noch ein tendenziell instrumentelles Körper- und Gesundheitsverständnis mit dem Ziel, den Körper beruflich nutzen zu können.

Die Darstellung des gesunden, kräftigen Körpers erwächst jedoch heute weniger aus einer berufsbezogenen „männlichen“ Notwendigkeit. Sie stellt vielmehr einen Rückgriff auf eine traditionelle Symbolik der Stärke dar.



Körperkraft ist in männlichen Berufswelten tatsächlich kaum noch gefragt, dennoch symbolisiert und kommuniziert ein kräftiger Körperbau – im Gegensatz zur Körpergröße ein beeinflussbarer Faktor – Gesundheit und Leistungsfähigkeit. Als Schlüsselreiz sorgt er zugleich für Akzeptanz bei männlichen Gleichaltrigen und verspricht potenziellen Partnerinnen oder Partnern weit über „Sex attraction“ hinaus eine dauerhaft hohe Attraktivität im Sinn von zukünftigem Erfolg.

Vor diesem Hintergrund gewinnt der Körper eine noch stärkere Bedeutung. Denn ihr „eigener“ Körper kann Jungen und jungen Männern letztlich nicht genommen werden. Er ist mit seiner Jugendlichkeit ein „Joker“ in der Generationenabgrenzung. Er wird als Ausdruck oder als letzte Bastion von Differenz umso bedeutender, je mehr sich Geschlechter und Geschlechtlichkeiten angleichen. Ein Rückbezug auf den Körper verspricht eine Garantie fürs Männlichsein und einen gewissen Schutz vor dem Verlust des Männlichen.

Wenn Jungen und Männer in unsicheren Zeiten nach Orientierung suchen, ist es also nahe liegend, dass für einige der Körper sehr wichtig wird.

Der Körper ist sowohl elementarer Gestaltungsraum für Geschlechtsidentität, als auch positives Bewältigungsmedium und Sinnressource, etwa im Bereich persönlicher und sozialer Körperpraxis (Neubauer/Göger 2011). Neben den primären Geschlechtsorganen – die vorzuzeigen durch Schamgrenzen beschränkt wird – sind Körperform, Figur, Muskulatur und körperliche Gestaltung geeignete Medien, um das Geschlecht zu kennzeichnen und eine hervorragende Möglichkeit, die Zugehörigkeit zum Männlichen herzustellen. Ein Körper, der ausdrückt „Ich bin männlich, ich gehöre zu den Männlichen“ distanziert sich dabei zugleich im Sinn von „Ich bin nicht weiblich!“. Gleichzeitig kann über den Körper eine bestimmte geschlechtliche Qualität, eine bestimmte Auswahl männlicher Möglichkeiten, eine spezifische Zugehörigkeit ausgedrückt werden: „Ich bin auf diese Art männlich“.

Zielgerichtete Körpergestaltung und -optimierung bietet Jungen und Männern eine Möglichkeit, über Investitionen in den Körper ihre männliche Identität zu stabilisieren. Ziel solcher Körperarbeit ist z. B. Stärke und männliche Ästhetik. Die Arbeit am und mit dem Körper ist ihr Weg: Muskelaufbau im Kraftraum, die harte Arbeit an sich und am eigenen Körper, das Bekämpfen eigener Schwächen („innerer Schweinehund“) und der körperliche Wettbewerb mit anderen Jungen oder Männern bieten symbolisch männliche Bestätigung und Formen sinnlich wahrnehmbare Männlichkeit. Dies gilt auch

für Körpergestaltungen, die sich nicht vorwiegend „muskelmännlich“, sondern an anderen ästhetischen Kategorien orientieren, wie z. B. bei sportlich-schlanken „Metros“.

Die Bedeutung männlicher „Körperarbeit“ beschränkt sich nicht auf Symbolik, denn männlich aufgeladene Milieus bieten tatsächlich zahlreiche reale Kontakte.

Körperorientierte soziale Räume wie Sportvereine, Fitnessstudios oder Krafträume, Fußballfelder, Basketballkörbe oder Skaterbahnen können als Refugien eines männlichen Milieus, einer „Männergemeinschaft“ erlebt werden.

Dass dort vereinzelt Mädchen oder Frauen auftauchen reduziert das männliche „Feeling“ nicht. Hier entwickeln sich über das Thema Körpergestaltung und -optimierung gleichzeitig Beziehungen. Solche Zugehörigkeiten stabilisieren nicht nur eine männliche Identität, sondern auch die individuelle Position und den sozialen Status. Dies gilt ganz besonders für Jungen und Männer, die vor dem Hintergrund sozialer Schwierigkeiten aufwachsen wie z. B. mit familiären Belastungen, Armut, schulischen Diskontinuitäten, schwieriger Wohnsituation, geringen Chancen.

Mit dem Bezug auf den männlichen Körper können sich hier Bewältigungsformen und -möglichkeiten für betroffene Jungen und junge Männer eröffnen, die – ganz abgesehen von möglichen problematischen Begleiterscheinungen – erst einmal anerkannt und wertgeschätzt und nicht gleich als tendenziell unerwünschte Männlichkeit demontiert werden sollten.

Denn Training und körperlicher Selbstbezug, Austausch mit anderen und Feedback von anderen, etwas für die persönliche Ästhetik zu tun und Erfolge dabei zu erzielen – all das trägt zur Selbstwirksamkeit bei, kann männliche Gesundheit wie persönliches Selbstwertgefühl stärken.

Funktionieren statt spüren

Ein funktionalinstrumenteller Umgang mit dem Körper ist nicht naturgegeben, sondern Ergebnis männlicher Körpersozialisation und Körperbildung.

Jenseits dominierender Klischees über den Männerkörper, in denen sich Kraft und Ästhetik nach außen vermitteln, sind körperliche Innen- und Selbstbezüge – also der Zugang zu reflektierter Eigenerfahrung als männlicher Körper – bei

Jungen häufig nur schwach entwickelt (Winter/Neubauer 2004). Das zeigt sich in der Schwierigkeit, sich zu spüren und körperliche Phänomene und Befindlichkeiten sprachlich angemessen beschreiben zu können, sich an eher ruhigen, d. h. nicht bewegungsorientierten, großmotorischen oder raumgreifenden körperlichen Aktivitäten und Erlebnissen zu beteiligen.

Der männliche Körper selbst ist selten Gegenstand eigener Beobachtung; häufiger geht es darum, wozu dieser Körper zu gebrauchen ist.

Jungen wird im Verlauf ihres Heranwachsens kaum nahegebracht, ihr Körpererleben bewusst zu reflektieren und tief darin einzutauchen. Die herkömmliche Körpersozialisation in der Schule, im Sport, aber auch unter Gleichaltrigen zielt eher auf Leistung, auf Körperkontrolle und aufs Funktionieren. Konzentriert wird sich allenfalls auf das richtige Verhalten. Körperwahrnehmung, „Körperkunde“, körperliche Erfahrungen mit allen Sinnen, jungenspezifische sexuelle Bildung bleiben dagegen randständig. Bildungsinstitutionen vernachlässigen hiermit prinzipiell zugängliche Facetten des Männlichen. Indem wesentliche Bereiche des Körpererlebens und Körper-Wissens ausgeblendet bleiben, entsteht bei vielen Jungen eine Art Kompetenzvakuum und ein ungestilltes Körper-Bildungsbedürfnis, welches sie jedoch kaum benennen können. In der Arbeit mit älteren Jungen ist z. B. erkennbar, wie interessiert sie daran sind, etwas über ihren Urogenitalbereich zu erfahren, und wie wenig sie darüber eigentlich wissen. Ähnliches gilt für viele andere Körperphänomene, insofern z. B. schulisches Wissen nicht mit dem eigenen Körpererleben in Verbindung gebracht werden kann.

Das erwachsene Umfeld, die schulische bzw. außerschulische Bildung berücksichtigen die inneren Körperthemen von Jungen häufig zu wenig.

Dies sind gerade die Bereiche des Körpererlebens, welche ein frag- und klagloses Funktionieren erschweren könnten: körperliche Bedürfnisse wie Ruhe und Entspannung, Sinnes- und Lusterfahrung, das Spüren körperlicher Grenzen. Überforderungsgefühle, Missempfindungen und selbst Schmerzen finden wenig Raum im Bewussten und in der Kommunikation. Da Jungen in diesen Bereichen wenig Resonanz aus der Erwachsenenwelt bekommen, bleiben solche männlich-körperlichen Potenziale des Wohlbefindens teilweise unterentwickelt. Ebenso werden schwierige Erfahrungen wie Schmerz, Scham, Krankheit, Überforderung oder Versagen ausgeblendet.

Wenn es ums Funktionieren und Machen geht, bleiben Körperressourcen, die „einfach da“ sind und gleichsam ohne Leistung und aktives Zutun aus sich selbst heraus entstehen, ohne Resonanz und damit eher im Unbewussten – wie etwa Gesundheit, basale Körperfunktionen oder die Potenz, Kinder zu zeugen und Vater werden zu können. Erwachsenen Männern fällt es entsprechend schwer diese Ressourcen bzw. das Wissen um sie, für ein selbstverständliches, entspanntes Männlichsein zu aktivieren.

Bloß nicht Opfer werden!

Verletzungsmacht gilt als männlich, Verletzbarkeit als weiblich. In dieser Logik müssen Jungen und Männer vermeiden, als Opfer dazustehen – gerade dann, wenn sie es sind.

Männlichkeit zeigt sich heute offener und flexibler. Dennoch wirken herkömmliche männliche Leitbilder weiter – mal mehr, mal weniger offensichtlich. Dies betrifft insbesondere die Anforderung, Überlegenheit und Stärke zu zeigen und eine autonome Lebensbewältigung zu praktizieren. Darin vermittelt sich Jungen und Männern ein subtiles Verbot, zum Opfer zu werden. Opfer zu sein gilt als Demontage des Männlichen. Darauf verweist nicht zuletzt die abwertende Verwendung des Begriffs „Du Opfer!“ im Jungenalltag hin. Verletzbarkeit (Verletzungsoffenheit) und die Fähigkeit zu verletzen (Verletzungsmacht) sind zwar wechselseitig aufeinander bezogen (Popitz 2004), die Zuweisung von Verletzungsmacht und -offenheit verläuft aber deutlich entlang der Geschlechterdifferenz.

Faktisch sind Jungen und Männer jedoch häufig (auch) Opfer, insbesondere von körperlicher Gewalt, aber auch von Ausgrenzung oder Ausbeutung. Jungen werden innerhalb der Familie häufiger heftig geschlagen. Im außerfamiliären Raum sind Jungen doppelt so häufig Opfer von schwerer körperlicher Gewalt wie Mädchen. Insbesondere die Erfahrung sexueller Gewalt kollidiert nochmals mehr mit gängigen Geschlechtererwartungen, welche betonen, männlich zu sein heiße, kein Opfer zu sein und sich wehren zu können (Mosser 2012). Männlichsein und Opfersein lasse sich nicht in Deckung bringen, so die Leitidee, weil dies den Geboten der Männlichkeit widerspricht (Gilmore 1991).

Die Möglichkeit einer positiven männlichen Identifikation bietet sich demnach nur im Gegenteil zum Opfersein: Einer zu sein, der stark ist, weil er anderen hilft – vor allem Frauen;

einer zu sein, der andere beschützt – insbesondere Frauen und seine sozialen Bezugsgruppen; einer zu sein, der für andere sorgt – für die Frau, die Familie. Selbst Opfer zu sein stellt dagegen eine heftige Schwächung des Männlichen, eine Kränkung des männlichen Selbstverständnisses dar. Verständlich, dass es dies zu vermeiden gilt, weshalb das Opferwerden quasi verboten wird. Auch heute noch gängige kulturelle Stereotype transportieren diese Haltung: „Ein starker Junge weint doch nicht“ oder „Ein Indianer kennt keinen Schmerz“.

Im Ergebnis behindert und verhindert das Verbot des Opferseins bei Jungen und Männern das Erleben eigener Bedürftigkeit, Verletzlichkeit und Begrenztheit.

Es führt zu einer geringeren Inanspruchnahme von Unterstützung, Schutz und Hilfe, weil dies das eigene Opfersein bestätigen würde – denn in der Regel gilt: ohne Opferstatus keine Hilfe. Krank und hilfsbedürftig zu sein wird häufig mit Unterlegenheit assoziiert. So ist bei Jungen und Männern die Dunkelziffer bei psychischen Störungen wie Depressionen vermutlich hoch, weil sie den Opfer- oder Krankheitsstatus nicht mit dem Männlichsein in Verbindung bringen oder weil sie autonom erscheinen und demonstrativ nicht auf Hilfe angewiesen sein wollen. Vielleicht sind auch deshalb Essstörungen bei Jungen und Männern schwerer zu identifizieren und diagnostizieren (Eliot/Baker 2001).

Diese Situation korrespondiert mit ähnlichen Tendenzen auf institutioneller und gesellschaftlicher Ebene. Jungen und Männer als Opfer bzw. „das Männliche“ im Opferstatus, d. h. unterlegen, schwach, krank oder hilfsbedürftig wahrzunehmen, scheint nicht einfach.

So fehlt es in Elternhaus, Schule, Jugendarbeit, im Freizeitbereich und im Gesundheitswesen oft an Resonanz und Anerkennung sowie am adäquaten Umgang mit Bedürftigkeit, Verletzlichkeit oder Opfer-Erfahrungen bei Jungen und Männern.

Neue Männerkörper?

Der Männerkörper ist seit Langem sportlichen Körperidealen ausgesetzt. Dazu kommen heute seine Entdeckung als Konsum- und Wirtschaftsfaktor sowie die Bedeutung seiner ästhetischen Modellierung und Markierung.

Hinsichtlich der Ästhetik kann europäische Kulturgeschichte als Prozess der Feminisierung des schönen Körpers wie des Schönen überhaupt gelesen werden. Dagegen ist eine Ästhetik der schönen Männlichkeit einschließlich des Männerkörpers nach Trapp in der Moderne nicht (mehr) vorhanden. Als Topos wurde der schöne Mann immer seltener – oder er wurde Gegenstand der Belustigung, Kritik und Abwertung. Schöne Männlichkeit wurde so gleichsam zum Paradox (Trapp 2003).

Ohne schon zu wissen, ob eine Trendumkehr stattgefunden hat, beobachten wir heute Phänomene, die eher in eine andere Richtung weisen. Denn zweifellos hat das ästhetisch gestaltete Äußere in den vergangenen Jahrzehnten bei Jungen und Männern spürbar an Bedeutung gewonnen. „Die Arbeit am Körper mittels Diäten, Sport und anderen Praktiken rückt in den Fokus und wird (auch) im, am und über den Körper hergestellt.“ (Marcinski 2017) Expertinnen und Experten nehmen diese Veränderung wahr und benennen entsprechende Phänomene. Der Körper wird mehr und mehr zum „Body“, der jugendlich und schlank, straff, „knackig“ und muskulös, gepflegt und makellos erscheinen soll. Eine einfache Bildersuche im Internet – etwa zum Stichwort „Männerkörper“ – zeigt eindruckliche Ergebnisse.

Die Veränderung der männlichen Körpergestaltung beginnt mit den Haaren und der Haut und zeigt sich weiter bei Kleidung und Schmuck. Dazu kommen Bodystyling und Körpermodellierung, oft begleitet von speziellen Ernährungsformen, „Functional Food“ oder Nahrungsergänzungsmitteln. Schließlich ist der Trend zur gesundheitlichen Selbstoptimierung und Selbstvermessung zu nennen bis hin zum „Quantified-Self“ mit den entsprechenden Geräten und Apps, die vor allem Jungen und Männer schätzen.

Längst hat die Schönheitsindustrie Jungen und Männer als Zielgruppe entdeckt und organisiert eine Dauerpräsenz entsprechender Werbung. Medien folgen solchen Trends oder initiieren sie, greifen sie immer wieder neu auf und beschleunigen bzw. verstärken sie. Medien beziehen sich in einem ästhetischen Zugriff auf den Jungen- und Männerkörper, der als Zielort für Modellierung und Markierung des Männlichen

gezeigt wird. Gerade der jüngere männliche Körper wird mit dieser Besetzung zu einer Form, mit der männliche Identität absichtsvoll gestaltet und nach Außen präsentiert wird. Gleichzeitig stellt er eine Ressource dar, eine Art persönlichen Kapitals, mit dem sich Jungen und junge Männer auf den Markt begeben: vor allem auf den Arbeitsmarkt, ins gesellschaftliche Leben, die Freizeit, aber auch in die Bereiche der Freundschaft oder der Partnerschaft.

Dass Jungen oder Männer sich um sich selbst und ihren Körper, um ihre Gesundheit und ihre Schönheit kümmern, hat durchaus etwas Positives. Schwierig wird es jedoch, wenn – etwa in rigiden sozialen Zusammenhängen – enge Normen, hohe Leistungserwartungen und Druck ins Spiel kommen: Du musst unbedingt noch besser, fitter, gesünder werden, um deinen Mann zu stehen. Du musst in einer absoluten Weise stark, leistungs- und durchsetzungsfähig sein, um dabei sein und mithalten zu können, um andere zu übertrumpfen, um nicht abgehängt zu werden.

Das Äußere zählt immer mehr

In einer stark an visueller Kommunikation orientierten Zeit gewinnt das sichtbare Körperäußere an Bedeutung. Es muss mit entsprechender Körperarbeit gepflegt und verbessert werden.

Mit der Idee der Machbarkeit und des „machbaren Individuums“ wird der Körper zu einem immer wichtigeren Ausdruck des „Sich-selbst-Erschaffens“. So galt der Körper in früheren Zeiten eher als Schicksal. Er formte sich über das Leben und bei Männern vor allem durch die Arbeit. Heute wird er viel stärker als Gestaltungsmedium gesehen, als formbare, beeinflussbare Größe. Ein Beleg dafür sind ästhetisierende Körpermodifikationen bei Männern. Diese haben innerhalb der vergangenen zwanzig Jahre stark zugenommen und wurden salonfähig: Kaum ein Medienstar aus Musik oder Sport, der nicht tätowiert oder mit Piercings ausgestattet ist. Auch im Alltag wurde die Gestaltung des Männerkörpers normalisiert: Neben Intimirasur, Tattoos und Piercings werden operative Korrekturen zunehmend toleriert.

Ist die gestaltete körperliche Oberfläche, das Äußere immer stärker gefragt, steigt auch bei Jungen und jungen Männern die Notwendigkeit zur Inszenierung ihres Männlichseins über den Körper. Die Maßstäbe und Ziele können dabei nicht frei bestimmt werden, obwohl modische Körpermodifikationen gerade gesteigerte Individualität zu versprechen scheinen. Vorfindliche Geschlechterbilder geben die Richtung vor. Wer ihnen folgt, sorgt mit seinem Körper für eine Bestätigung des

Männertypischen. Dies trägt dazu bei, körperliche Stereotypen zu bestätigen und in einem Kreislauf neu zu verfestigen.

Neben Gleichaltrigen prägen Medien die Erwartungen an Jungen und Männer und ihre Körper. Moderne Medien funktionieren stark visuell. Sportler, insbesondere Fußballspieler, zählen als athletische Vorbilder, daneben aber vor allem als Werbeträger und Modelle der Körperlichkeit. Ihre Darstellung in den Medien dient – neben der Kommerzialisierung – der Selbstspiegelung von Jungen und Männern, die sie als Bildmodelle sehen und imitieren können. Dies belegt das entsprechende „Posen“ auf Bildern in sozialen Medien.

Kommerziell präsentierte Männerkörper können durchaus als Ansporn dienen: So einen Körper will ich gern haben! Allerdings können durch den Vergleich mit solchermaßen – vom Trainingsaufwand bis Photoshop – „perfektionierten“ Männerkörpern – Enttäuschungen und Unsicherheiten beschleunigt werden oder neu entstehen.

Bewertete Körper

Noch nie hat eine Generation so viele Bilder von sich selbst gemacht und gesehen. Die ständige Bildpräsenz des männlichen Selbst animiert zur vergleichenden Körperkonkurrenz. Kommerzialisierung und interaktive Dynamiken der sozialen Medien mit ihren Darstellungszwängen fördern einen andauernden fiktiven Vergleich auf der medialen Bühne.

Selfies setzen die Selbstdarstellung als Prinzip des Individualismus konsequent um und repräsentieren zunehmend die soziale Identität des Selbst. Der Körper verwandelt sich in sein Bild. Casting-Shows und der Social-Media-Wettkampf tun ein Übriges. Die Bewertung des Körpers und seiner Gestaltung beschränkt sich nicht mehr nur auf reale Beziehungen zu Gleichaltrigen oder die Selbsteinschätzung. Es ist ein Unterschied, ob sich ein Junge vor dem Weggehen im Spiegel betrachtet oder aus seiner Clique heraus eine direkte Rückmeldung zu seinem Style bekommt, oder ob er sich auf einem Bildschirm, auf Instagram oder Facebook sieht und viele andere ihn dort ebenso sehen können – ob es sich nun um eigene Postings handelt oder um Bilder, die andere ins Netz stellen.



Unterschwellig entwickelt sich so ein Modus des permanenten Gender-Castings: Stelle Dich „männlich“ dar, sei „männlicher“, der bessere Mann – kompetenter, stärker, durchaus auch schöner im Sinne von kräftig, gestählt, trainiert usw.

Die körperliche Ästhetik, die „Optik“ und das Erscheinungsbild werden zu einer wesentlichen Ausdrucksform der Persönlichkeit. Der Körper wird heute nicht nur stärker, sondern auch mit einer anderen Qualität als geschlechtliches Gestaltungsmedium besetzt. Kleidungsstücke können ausgezogen, lange Haare abgeschnitten werden, kurzgeschnittene Frisuren wachsen innerhalb von Wochen nach. Dagegen sind Hautperforationen, bildliche Körpergestaltungen oder operative Eingriffe dauerhafte, radikalere, gleichsam endgültige Modifikationen des Körpers.

Die Formbarkeit und Veränderbarkeit betrifft auch die Körpergestalt. Sie gilt es zu trainieren und dadurch zu modellieren. Was bei Mädchen und Frauen Schlankheit, die perfekten Brüste, eine taillierte Figur, sind bei Jungen ein schmaler Körper mit ausgeprägter, oberkörperbetonter Muskulatur. Deshalb wünschen sich Jungen und Männer nicht nur einen schlanken Körper, sondern zusätzlich meist mehr Muskelmasse (Bennighofen u. a. 2007). Für dieses Modulieren greifen Jungen und Männer auf traditionell männliche Muster zurück. Nicht nur das Ergebnis, auch ihr Tun muss geschlechtlich passen. Männliche Körperkulturen sind dabei hilfreich und können gesundheitsförderlich sein: Körperdisziplin beim Training, eine gewisse Konsequenz in Bezug auf das Erreichen von körperlichen Gestaltungszielen oder soziale Verpflichtungen, etwa gegenüber einer Trainerin, einem Trainer oder einer Mannschaft, unterstützen die Motivation.

Üben, Trainieren, auch anstrengende Körpererfahrungen können zu körperlichem Wohlfühl führen. Die Zufriedenheit mit der eigenen Körperästhetik, der Umstand, dass sich der Junge oder Mann gefällt, ist nährend für das psychische Wohlbefinden.

Allerdings liegt diese Erfahrung für nicht wenige in unerreichbarer Ferne, weil die Ziele zu hoch sind oder der Körper nicht mithält. Ein idealisierter männlicher Normkörper lässt sich ja nicht ohne massive Einflussnahme erreichen: Training, Diäten, genussfeindliches Verhalten, einseitige und zieldisziplinäre Praktiken werden notwendig, um sich dem Körperideal anzunähern.

Eine Kehrseite zeigt sich, wo der selbstfürsorgliche oder liebevolle Bezug fehlt und der eigene Körper als Gegner oder gar als Feind gesehen wird. Aus diesem traditionell männlichen Muster, bei dem der Körper mit Härte und Disziplin geformt und ggf. bekämpft werden muss, können sich gesundheitliche Risiken ergeben.

Die Botschaft der körperlichen Selbstoptimierung lautet unabhängig vom Geschlecht zwar ähnlich: Du musst dich und deinen Körper selbst verbessern. Aber Hintergründe, Ziele und Mittel dafür sind bei den Geschlechtern verschieden. Die zunehmend kritische Selbstabwertung des eigenen Körpers wird bei Jungen und Männern als eher neueres Phänomen wahrgenommen. Mit dem kritischen, medial vermittelten Außenblick wächst ein Abwertungsrisiko: der Befund, nicht mithalten zu können und als Versager dazustehen, wofür dann der Körper unausweichlich den Beweis liefert.

Männliche Jugendliche – mit ihren in den pubertären Wachstumsschüben gar nicht perfekt ausgestatteten Körpern – tun sich schwer damit, diese „Mängel“ zu kompensieren. So können Körper-Männlichkeitsbilder, die auf Selbstoptimierung und -perfektionierung setzen, die in dieser Lebensphase entwicklungsbedingt ohnehin vorhandene Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper noch beschleunigen und Unsicherheiten verstärken.

Besonders die Sorge zu dünn zu sein, ist unter jungen Männern verbreitet. Als Ziel gilt der V-förmige, muskulöse männliche Körper. Das idealisierte Körperbild vieler Jungen und jungen Männer tendiert deshalb in Richtung „Schrank“ oder „Türsteher“.

Auf der anderen Seite steht die Befürchtung, „Spargel“ oder „Lauch“ zu bleiben – denn dann droht die Zuschreibung als „unmännlich“ oder als „Loser“. Viele Jungen sind gestresst von der Diskrepanz zwischen Körperideal und -wirklichkeit, sie stehen unter Druck, daran etwas zu ändern. Hohe Erwartungen an den eigenen Körper und die Notwendigkeit die eigene Männlichkeit zu betonen, fallen zusammen. So entstehen besondere Risiken, die sich im Zusammenhang mit geringen materiellen Ressourcen oder geringen Bildungs-Ressourcen nochmals verstärken können. Der Körper steht dann in Gefahr, zur letzten Ressource zu werden, die einem niemand nehmen kann. Solche Jungen und Männer scheinen besonders anfällig für Optimierungstendenzen, für eine problematische Dynamik im „Body Enhancement“.

Gegenbewegungen

Jeder Trend setzt seinen Gegentrend. Nicht alle ziehen mit, wenn es um die markant männliche Modellierung des Körpers geht. Das setzt Selbstbewusstsein und Statussicherheit voraus. Gängigen Männlichkeitsanforderungen zu widerstehen, ihnen offen zu widersprechen und Stellung zu beziehen gegen Zumutungen des Männlichen, die sich auf den Körper beziehen, ist für Jungen und junge Männer nicht eben leicht.

Es drohen Abwertung und Spott, der Vorwurf, nicht mithalten zu können usw. Dass sie sich mitten in der Entwicklung befinden, schränkt ihre Distanzierungs- und Reflexionsmöglichkeiten ein. Körperbezogene Männlichkeitskritik offen zu benennen, verlangt Selbstbewusstsein und Selbstreflexion, auch soziale Ressourcen und Privilegien, über die viele Jungen oder junge Männer noch nicht verfügen. Dieses Risiko können sich eher ältere, statusgefestigte Männer erlauben. Zugleich zeigen sich hier Grenzen für Bemühungen der Prävention oder Bildung.

Dennoch bietet sich das Körperliche für eine Kritik an herkömmlichen Männlichkeitsbildern an, nicht zuletzt aufgrund seiner starken Besetzung und seiner Bedeutung für das Männlichsein. So kennt jede Generation Männlichkeitsgestaltungen, die sich vom Mainstream abheben und etwa gerade das Gegenteil von hart, trainiert und muskulös ausbilden. Solcher Widerstand erfolgt meist unbewusst, wie ja Geschlechterkonstruktionen in der Regel unbewusst inszeniert werden.

Eine Möglichkeit ist es zum Beispiel, den strengen Körpernormen allenfalls tendenziell zu folgen und zu versuchen, sich in einem „entspannteren“ Bereich aufzuhalten. Das gilt z. B. für die Stilgruppe der „Stinos“, der „Stinknormalen“. Körperstyling und -modifikationen oder sportliches Training halten sich dann in einem eng begrenzten Rahmen. Andere grenzen sich schon deutlicher ab und gestalten sich beispielsweise androgyn. Betontes Ungepflegtsein, demonstrative Unsportlichkeit oder eine Tendenz zum Übergewicht: oft lassen sich hinter den Gestaltungen von Jungen- und Männerkörpern, die sich von den Medienstandards absetzen, zumindest leise Botschaften der Kritik und des Widerspruchs identifizieren. Sie könnten so gedeutet werden: „Was an Männlichem geboten wird, gefällt mir überhaupt nicht.“ – „Die Anforderungen sind zu hoch, ich setze mich davon ab.“ Oder: „Das ist einfach nicht zu schaffen, ich habe aufgegeben.“

Die hohe soziale Aufladung von Körperstrategien mit männlicher Bedeutung lässt sich auch daran ermessen, wie auf solche Normabweichungen reagiert wird. Häufig nämlich wird der „ungeformte“ männliche Körper mit abwertenden Haltungen oder Begriffen belegt. So wird wieder eine Hierarchie hergestellt: äußern sich Jungen oder Männer gegenüber den „Abweichlern“ kritisch, vergewissern sie sich dabei zugleich ihrer selbst. Über die Abwertung der anderen werten sie die eigene Körperpraxis auf und positionieren ihre eigene Männlichkeit als „richtig“ und als „besser“. //

Risikofelder männlicher Körperlichkeit

// Männliche somatische Kulturen, d. h. eine bestimmte kollektive Umgangsweise mit dem Körper, die auf grundlegend geteilten körperbezogenen Orientierungen fußt, hängen mit der Zugehörigkeit zu bestimmten gesellschaftlichen Milieus, Jugendkulturen usw. zusammen (Nideröst 2007). Die Körpergestaltung von Jungen und Männern ist – den jeweiligen historischen und kulturellen Rahmenbedingungen entsprechend – spezifischen Möglichkeiten und Risiken ausgesetzt.

Dabei lauten die entscheidenden Fragen: Wie sind diese Risiken zu bewältigen? Wie werden Jungen und junge Männer damit fertig? Die Grenzen bestimmter Funktionsweisen zeigen sich gerade dann, wenn sie scheitern, wenn etwas nicht gelingt oder missglückt, wenn sich Krankheits- und Störungsbilder ausprägen. Allerdings wäre es verkürzt, Männlichkeitsvorstellungen oder männliche Sozialisation als alleinigen Risikofaktor zu betrachten.

Spezielle Körperrisiken für junge Männer entstehen zum Beispiel dort, wo körperliche Faktoren, die körperliche Erscheinung oder das Körpergewicht, für den beruflichen Erfolg entscheidend sind oder wenn diese bei der Berufsausübung im Vordergrund stehen – real oder nur imaginiert.

Im professionellen Kontext kann dies zum Beispiel bei – oft noch jugendlichen – Models, bei Tänzern oder Schauspielern der Fall sein, ebenso dort, wo der Körper ein wesentliches Medium des Kontakts ist, wie bei Entertainern oder Managern, oder bei Tätigkeiten im Bereich der Gastronomie (Wöckel 2013). Auch der Sport als legitime Form männlicher Körperarbeit darf hier nicht vergessen werden. Die Wahrscheinlichkeit riskanten Umgangs mit dem Körper nimmt dann zu, wenn der jeweilige Beruf, die jeweilige Tätigkeit, die einzige Option für die betreffenden Männer darstellt, als „einzige Chance“ empfunden wird, zu der es keine Alternative gibt, und für die der Körper seinen Tribut zu zahlen hat.

Essen, Ernährung und männliche Selbstsorge

Im Umgang mit Ernährung konstituiert sich Männlichkeit in subjektiver und sozialer Hinsicht. Die kulinarische Praxis von Jungen und Männern stellt ihre Geschlechtlichkeit mit her.

Ernährung ist ein zwingendes Grundbedürfnis. Jeder Mensch ist abhängig von Nahrung. Für eine „männliche“ Idee von Autonomie, die alles aus sich selbst heraus schaffen will, sind dadurch klare Grenzen gesetzt. Es gilt, mit dieser eigenen Bedürftigkeit umzugehen und die Abhängigkeit von etwas Äußerem zu gestalten. Zu fragen ist also, wie Jungen und Männer mit der Notwendigkeit, sich zu ernähren, umgehen und wie sie solche Zusammenhänge zur Gestaltung ihrer Männlichkeit nutzen. Dass dies nicht nur in individueller Perspektive, sondern auch im gesellschaftlichen Zusammenhang zu betrachten ist, liegt auf der Hand. So gilt zum Beispiel kontrolliertes Essverhalten heute als Ausweis für Gesundheitsverantwortung, Selbstdisziplin, Leistungsbereitschaft und erhält große soziale Anerkennung. Wie der Körper sind Essen und Ernährung gleichsam zu einer Projektionsfläche geworden, auf der Identitätsfragen verhandelt werden. Der Umgang mit Ernährung ist ein zentrales Element der Konstituierung von Männlichkeit(en) und Weiblichkeit(en) in subjektiver und sozialer Hinsicht (Setzwein 2004).

Im Ernährungsalltag stellen Menschen mit ihrer kulinarischen Praxis Geschlechtlichkeit her, indem sie bestimmte Nahrungsmittel und Ernährungspraktiken bevorzugen oder diese abwerten und ausschließen.

Essen und Trinken teilt und trennt gewissermaßen die Geschlechter. Großer Appetit auf Fleisch, eine gewisse Unbekümmertheit und ein Desinteresse an gesundheitlichen Aspekten etwa gelten als „männlich“ und stark, während Zurückhaltung, Kalorienzählen, Diät halten als eher weiblich erscheinen. Indem sich Frauen bzw. Männer auf diese Weise einer bestimmten Geschlechterpraxis anschließen, zeigen sie gleichzeitig sich und den anderen, wohin sie gehören.

Nicht nur was gegessen wird, sondern auch das Wie trägt zur Konstruktion von Geschlecht bei. Bei Jungen und Männern wird etwa positiv bewertet, wenn sie große Portionen essen, etwas „verdrücken“ und „zuschlagen“ können. Eine verbreitete Haltung dazu heißt: „Jungen brauchen das, um groß und stark zu werden“ – und wenn es mal zu viel ist: „Bei Jungen ist das eben so, es wird sich schon auswachsen und regulieren“. Oder: „Der Ernährer braucht Ernährung“. Beim Blick auf Mengen, Kalorien und Folgen für die Figur scheint *mann* von klein auf etwas unkritischer zu sein. Das bedeutet einerseits, von einengenden Erwartungen und Zumutungen verschont zu werden, andererseits wird womöglich die Fähigkeit zur körperlichen, gesundheitlichen und ernährungsmäßigen Selbstwahrnehmung und -steuerung weniger ausgebildet.

Hinzu kommt, dass Jungen und Männer im Alltag oft erleben, dass die Bereiche Ernährung und Reproduktion, Küche und Haushalt an Frauen und Mütter delegiert sind. Weiblich-mütterliche Fürsorge drückt sich – zugespitzt – gerade im Topos „gesunde Ernährung“ aus: regelmäßig essen, gesunde Lebensmittel essen, ausgewogen und vollwertig essen, wenig Fleisch – dafür Salat, Müsli, Vollkorn, Obst, Gemüse usw. Dem entsprechend sind Ernährungsberatung und Gesundheitsförderung „weibliche“ Domänen. Sich im Alltag um diese elementaren Lebensbereiche zu kümmern, ist traditionellerweise nicht Gegenstand männlicher Selbstsorge und männlichen Selbstbezugs. Eher männlich-väterlich erscheint dagegen das, was als gesundheitlich suboptimal gilt: Fastfood, Sättigungsbeilagen, „Fleisch ist mein Gemüse“ usw. – allen vegetarischen und veganen, gesundheitsbewussten Trends zum Trotz.

Obwohl Jungen und Männer tendenziell genussorientiert essen, wird ihnen zugleich eine gewisse Anspruchlosigkeit nachgesagt: Man isst, was auf den Teller kommt. Essen, so heißt es, dient Jungen und Männern in erster Linie der Nahrungsaufnahme, Qualität ist sekundär. Gesunde Ernährung stößt auf größeren Widerstand, sie entspricht weniger der traditionellen männlichen Esskultur. Wichtig sind dagegen „männliche“ Themen wie Gier, Maßlosigkeit, Grenzerfahrungen und Grenzüberschreitungen – gerade beim Essen.

Eine Ernährungspraxis, die den Korridor des Geschlechtertypischen über ein bestimmtes Maß hinaus verlässt – z. B. in Form asketischer Ernährungsweisen bei Männern – wird schnell in Frage gestellt. Geht das asketische (Ernährungs-)verhalten jedoch ins Extreme, kann es durchaus wieder zur männlichen Identitätsstiftung beitragen. Askese impliziert Selbstbeherrschung, Selbstdisziplinierung, Selbstverzicht, „hart gegen sich selbst sein können“, „über die Schmerzgrenze gehen können“ sowie eine damit verbundene Radikalität. Die daraus erwachsenden subjektiven Gefühle von Autonomie und Stärke werden gemeinhin auch von außen bewundernd anerkannt.

Trotz allem wissen Jungen und Männer in der Regel, was eigentlich gesund ist, was sie essen sollten und was nicht, dass einseitige Ernährungsgewohnheiten nicht gut tun usw. Dennoch gibt es bei der Umsetzung eine gewisse Diskrepanz, die im Männlichkeitskontext zu verstehen ist.

Diese Zusammenhänge erfordern in der Begegnung mit Jungen und Männern eine eigene Aufmerksamkeit. Ist ihre Ernährungspraxis eine positive Ressource männlicher Lebensgestaltung und Selbstsorge? Wo wird Essen, wo wird eine Ernährungspraxis zum kompensierenden Ersatz für Anderes, Fehlendes? Wie und mit welchen Mitteln kann es gelingen, ihnen in diesem Fall Bewältigungsalternativen zu ermöglichen?

Bei problematischem oder bereits gestörtem Essverhalten brauchen Jungen und Männer natürlich noch eine andere Art der Zuwendung. Eine passendes Unterstützungsangebot oder eine Intervention ist möglicherweise notwendig, denn auch bei Jungen und Männern wächst sich nicht alles einfach aus. Die Beschäftigung mit der Tatsache, dass *mann* bedürftig ist, dass es normal ist, Bedürfnisse zu haben usw. deutet sich hier als Perspektive für einen Lösungs- und Bewältigungsansatz an.

Normal? Zu viel? Diät!

Viele Jungen sind diäterfahren. Nicht wenige kombinieren Diät und Sport, um das gewünschte Körpergewicht und Körperbild zu erreichen. Sie finden seltener Zugang zu Ernährungsberatung oder Therapie.

Etwa drei Viertel (75,7%) der Jungen im Alter von 14 bis 17 Jahren in Deutschland sind normal-gewichtig (zwischen 10. und 90. BMI-Perzentile) (Wöckel 2013). Das Körpergewicht und der BMI steigen während der Pubertät bei Jungen und Mädchen deutlich an. Die Gewichts- bzw. BMI-Zunahme bei Jungen ist dabei deutlich größer: Vom 14. bis zum 17. Lebensjahr nehmen Jungen im Mittel um 10,7 kg zu (BMI-Anstieg um 1,6 kg/m²), Mädchen dagegen nur um 4,2 kg (BMI-Anstieg 0,8 kg/m²). Eine deutliche Gewichtszunahme in diesem Alter ist also normal. Veränderte Körpernormen und Körperbilder können Jungen jedoch die Botschaft vermitteln, sie würden „fett“, obwohl sich ihr Körper völlig gesund entwickelt.

Gleichwohl sind auf der anderen Seite tatsächlich viele Jungen übergewichtig oder adipös. In der Gruppe der 18- bis 19-Jährigen beträgt der Anteil 27,6% bzw. 23,4% (Wöckel 2012). Nach den KiGGS-Daten ist von den zehnjährigen Jungen jeder zehnte übergewichtig, 6,7% sind adipös (starkes Übergewicht, BMI >30). Auch die SOEP-Daten¹ bestätigen, dass bei jungen Männern Übergewicht und Adipositas ernstzunehmende Themen sind. Wenn auch die Aussagekraft des BMI – besonders in Grenz- und Randbereichen – umstritten bzw. beschränkt ist: Übergewicht stellt bei Jungen ein Problem dar, das sich nicht nur körperlich, sondern auch auf die soziale und psychische Gesundheit auswirkt.

Jungen und junge Männer benutzen körperliche Merkmale häufig, um andere offensiv abzuwerten oder auszugrenzen. Diese Effekte der Abwertung und Ausgrenzung wirken bei übergewichtigen Jungen besonders stark.

Die individuelle Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper wird vom erwachsenen Umfeld, der Peergruppe und den Medien befördert. In einer Studie zur sozialen Bedeutung und Stigmatisierung von Adipositas im Kindes- und Jugendalter erhielten übergewichtige und adipöse Jungen mit Abstand die schlechtesten Sympathiewerte. Ihnen wird signifikant häufiger geringe Intelligenz und Faulheit zugeschrieben als dies bei Mädchen mit derselben Problemlage der Fall ist (Thiel u. a. 2008). Nur knapp 55% der 11- bis 15-jährigen

Jungen empfinden ihren Körper als „genau richtig“; jeder fünfte (19,5%) bewertet sich als zu dünn, jeder vierte als zu dick (HBSC 2015). Unzufriedenheit mit dem eigenen Gewicht oder Körperbild ist oft Auslöser dafür, dass Jungen oder Männer mit einer Diät beginnen. Als wichtiges Motiv nennen sie: „Spott bezüglich des Dickseins zu stoppen“ (Mangweth-Matzek 2015).

Tatsächlich kommen bei Jungen und jungen Männern Versuche, das Körpergewicht zu beeinflussen, relativ häufig vor. In Deutschland haben nach der repräsentativen EsKiMo-Studie 10% der 12- bis 17-jährigen Jungen Diäterfahrung, 1% hält sogar ständig Diät (Mensink u. a. 2007); nach der HBSC-Stichprobe befinden sich knapp 12% der Jungen in aktiver Diät (HBSC 2015).

Hinzu kommt die Körperbeeinflussung durch Sport. Ein nochmals höherer Anteil männlicher Jugendlicher versucht, Aussehen und Körpergewicht zu verbessern, indem sie Sport und Diät verknüpfen und ergänzen: „Die Motivation für Jungen, Diäten durchzuführen, ist die damit verbundene sportliche Leistungssteigerung und der Wunsch, einen athletischen muskulösen Körper zu haben.“ (Wöckel 2013). Von der Motivation und den Zielen her ist das kontrollierte Essverhalten also bei Jungen und Männern nicht nur auf ein Gewichtsziel, sondern zusätzlich auf den Muskelanteil gerichtet (Mangweth-Matzek 2015). Neben der Vermeidung von Abwertung zählen auch bessere Chancen bei der Suche eines Partners bzw. einer Partnerin als Gründe für eine Diät (ebd.). Sich zu gefallen oder sich wohl zu fühlen im eigenen Körper – dies können durchaus positive Ziele oder Nebeneffekte einer Diät oder anderer Formen der Körpergestaltung sein, solange das Diätverhalten in einem ausgewogenen Rahmen bleibt und sich nicht verselbständigt.

Risikant wird es, wenn Diäten einen Zwangscharakter entfalten. Nicht jede Diät von Jungen oder jungen Männern stellt einen Hinweis auf eine mögliche Essstörung dar. Auffällig ist aber, dass Diätverhalten sehr häufig zu Beginn einer Essstörung vorliegt.

Die Wirksamkeit verhaltens- und verhältnisorientierter Ansätze zur Prävention von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen sind wenig gesichert und bedürfen weiterer empirischer Untersuchungen (Weißbuch Adipositas 2016). Vereinzelt wird berichtet, dass sich positive Effekte eher bei Mädchen

¹ Das Sozioökonomische Panel (SOEP) ist eine repräsentative Wiederholungsbefragung im Auftrag des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung e. V. (DIW Berlin).

abzeichnen, nicht jedoch bei Jungen. Dass Jungen oder Männer im Verlauf von Diäten in riskante Verhaltensbereiche gelangen, kann möglicherweise auch mit der geschlechterbezogen ungleich verteilten Versorgungslage bei Prävention und Therapie zusammen hängen. Therapieangebote für übergewichtige und adipöse Kinder erreichen Jungen deutlich weniger gut. Mädchen (63 %) nehmen an solchen Maßnahmen viel häufiger teil als Jungen (37 %) (BZgA 2007).

Der Bereich Ernährungsberatung ist, bezogen auf das Personal, geschlechtlich markiert: Der Anteil männlicher Ernährungsberater liegt nach persönlicher Auskunft des Berufsverbandes Oecotrophologie e. V. bei rund 4 % der Verbandsmitglieder.

Sport: Bewegung mit Problempotenzial

Ein hoher Anteil männlicher Jugendlicher versucht, Aussehen und Körpergewicht zu verbessern. Dafür bieten sich sportliche Aktivitäten an, die aber auch zum Risiko werden können.

Sportliche Aktivitäten sind – wie auch bewusste Ernährung oder moderates Körperstyling – grundsätzlich sinnvoll und zunächst positiv zu werten. Allerdings kann auch hier ein Zuviel des Guten problematisch und riskant werden. Zwischen Gesunderhaltung und Gesundheitsgefährdung ist männliche Selbstvergewisserung im Sport ein ambivalentes Feld (Blomberg/Neuber 2017). Neben anderem – wie z. B. Überlastungs- und Verletzungsrisiken – birgt sportliche Betätigung ein Risikofeld für problematisches Ernährungsverhalten. So werden, um sportliche Ziele besser erreichen zu können, der Verzicht auf bestimmte Lebensmittel oder spezielle Diäten empfohlen sowie der Konsum von Nahrungsergänzungsmitteln. Das Risiko erhöht sich, je mehr der Sport – hobbymäßig oder (semi-) professionell betrieben – Bedeutung für das Männlichsein erhält.

Wie wenig anderes verspricht Sport Status und Zugehörigkeits-Marker in Bezug auf das Männliche. Sportlich angelegte Körpermodifikationen von Jungen zielen oft auf einen Muskelzuwachs (Wöckel 2013). In der Schweizer Körperbildstudie (Schär/Weber 2015) nennen 54 % der Jungen, die etwas an ihrem Körper verändern möchten, „mehr Muskeln“ als Ziel – während dieses Motiv bei Mädchen gar nicht erst auftaucht – und Sport ist hier das Mittel der Wahl. Auch in Fitness-Studios ist dieser Unterschied wahrzunehmen: Während Mädchen neben der Fitness bisher meist zum Abnehmen kommen, gehen Jungen zum Aufbauen dorthin. Zwar ist der Wunsch nach Muskelaufbau bei Jungen nicht selten mit Abnehmen und Fitness gepaart. Es geht jedoch insgesamt nicht um ein „weniger“, sondern um ein „mehr“, um eine körperliche Transformation. Die Ungeduld – auch ein Zeichen ihres Drucks – ist mitunter so groß, dass mit dem Training häufig Muskelaufbau fördernde Produkte wie Proteinpulver gekauft und eingenommen werden.

Weite Teile des Sports sind projektiv aufgeladen. Sport gilt per se als gesund. Zuschauende, Fans und Medien besetzen den Sport bzw. die Sportler außerdem mit einer Sehnsucht nach (stellvertretender) Leistung, nach Erfolg und Anerkennung. Die Identifikation mit dem Sieger wird dabei häufig zur männlichen „Heldenprojektion“ auf den jeweiligen Sportler.

Im Alltag wird sportliches Verhalten heute offensiver demonstriert, z. B. über Bekleidung mit Signaleffekten oder ubiquitäre, allgegenwärtige öffentliche Sportpraxis.

Sport dient als Zugehörigkeits- und Erfolgsmarkierung, als Forum der Selbstdarstellung, verbunden mit der Möglichkeit, zumindest im Bekannten- oder Kollegenkreis und im sozialen Nahraum einen „Heldenstatus“ zu erreichen.

Angesichts ihrer Aufladungen fällt es schwer, solche Narrative mit Problemen oder Störungen, mit Erkrankungen oder Schwächen in Verbindung zu bringen – selbst wenn diese in einer negativen Weise zugleich Bedingung für sportlichen Erfolg sein können wie z. B. als reduziertes Körpergewicht bei Skispringern.

Verantwortliche im Sport müssen riskantes Verhalten erkennen und präventiv agieren.

Sie sollten zeigen, wie vernünftige Grenzen, die die Gesundheit erhalten und fördern, einzuhalten sind. Es sollte keine Überraschung sein, dass auch „bei männlichen Athleten (...) Störungen des Essverhaltens und des reproduktiven Systems beschrieben“ werden (Platen 2015). Indem sie stark auf ihren sportlichen Körper fokussiert sind, neigen Sportler dazu, diesen Körper und damit letztlich sich selbst vornehmlich als „Sportgerät“ zu definieren. Der eigene Körper wird dann zum Instrument, das aufgebaut, reguliert, beherrscht und kontrolliert werden muss. Aus dieser Motivation heraus sind riskante Diäten, Nahrungsergänzungsmittel usw. funktional. Die hohe Bedeutung von Ernährung und Körper belegt die zunehmende Präsenz von Foodbloggern und Influencern, den Meinungsmachern und Meinungsmacherinnen in den sozialen Netzwerken und ihren Followern. Unter ihnen steigt auch die Bedeutung und die Anzahl derer, die Tipps und Programme für den „richtigen“ Muskelaufbau – manchmal „in acht Wochen“ – und die dazugehörigen Ernährungspläne liefern sowie Empfehlungen für so genannte Supplements (Nahrungsergänzungsmittel) zur Effektivitätssteigerung aussprechen.

Sportliche Aktivität kann das Entstehen von Essstörungen bei Jungen und Männern in der Folge begünstigen, und zwar sowohl in Richtung extremer Gewichtsabnahme wie -zunahme. Der Kalorienmangel während des gezielten Abnehmens kann – gerade bei gleichzeitiger körperlich-sportlicher Beanspruchung – zu Heißhungerattacken führen, wobei dann sehr große Nahrungsmengen eingenommen werden, die, gleichsam zur Kompensation, wiederum exzessiven Sport,

temporären Nahrungsverzicht (Fasten) oder auch bewusst herbeigeführtes Erbrechen nach sich ziehen können.

Exzessiver Sport wiederum gilt – insbesondere bei Jungen und Männern – als häufige Begleiterscheinung bei Essstörungen, die dann als Sportbulimie bzw. Sportanorexie titulierte wird. Anders als das reine Abnehmen, das nur für Mädchen und Frauen als legitimer Selbstzweck erscheint, ist Sport gerade bei Jungen und Männern eine sozial akzeptierte Praxis zur Körperveränderung. Männer, welche die Kriterien für eine Essstörung erfüllen, betreiben häufig exzessive sportliche Aktivitäten, um Essanfälle zu kompensieren. Sie nutzen zu diesem Zweck seltener Abführmittel, Appetithemmer und willkürliches Erbrechen (Fichter/Daser 1987, Sharp u. a. 1994, Mangweth-Matzek 2015, Wöckel 2013).

Als Risikofaktor für die Entstehung von Essstörungen im Zusammenhang mit Sport können hohe bzw. übersteigerte Leistungserwartungen gelten, verknüpft mit dem Eindruck, nicht zu genügen, vorgegebenen Körper- und Erfolgsbildern nicht oder zu wenig zu entsprechen. Viele von Essstörungen betroffene Jungen und Männer hatten zunächst das Ziel, verstärkt Muskeln aufzubauen, was sie durch eine Diät oder durch Konsum von Nahrungsergänzungsmitteln unterstützen wollten. Im weiteren Verlauf bilden sich mitunter spezielle Wünsche heraus, z. B. ganz gezielt nur bestimmte Muskelpartien aufzubauen, noch weiter abzunehmen oder die Vorstellung, den Körper für den Sport „rein“ zu halten und eine asketische Lebenspraxis zu beginnen.

Besonders bei explizit muskelorientierten Sportarten wie Bodybuilding häuft sich das Risiko für Essstörungen. Nach einer älteren Studie (Pope u. a. 1993) zeigten 8% der männlichen Bodybuilder eine Körperschemastörung mit der Selbstwahrnehmung und -beschreibung als „unmuskulös und schwächig“. In diesem Zusammenhang wird die eigene Muskulatur „verkleinert und unvollkommen wahrgenommen, andere scheinbar perfekt ausgebildete Körper bewundert.“ (Falbesaner 2017). Solches Differenzempfinden verstärkt den Antrieb, dem „mangelhaften“ Körperbild entgegen zu wirken, und begünstigt Maßnahmen wie übermäßig einseitiges Essen, Diäten, Anabolikakonsum oder ein exzessives Trainingsprogramm (Schwarzenegger 2004). Je mehr und ausschließlich solche muskelbetonten Leitbilder fokussiert werden, kann dies auf ein entsprechendes Störungsbild (*Muskeldysmorphie*, auch „Bigorexie“ oder „Biggerexie“ genannt) hinweisen.

Noch einige andere Sportarten, bei denen die sportliche Leistung maßgeblich von einem geringen oder bestimmten Gewicht abhängt, stehen mit dem Risiko einer Essstörung stärker in Verbindung (Platen 2015). Neben den Skispringern scheinen Eisläufer, Langstrecken- und Marathonläufer, Jockeys, Ringer und Turner besonders gefährdet zu sein. Wettkampforientierte Abmagerungskuren, um ein reduziertes Gewicht – oder Zunahmeprogramme, um eine höhere Gewichtsklasse – zu erreichen, können als Risikofaktoren wirken. Im Fragebogen zur Erhebung von Essstörungen (Eating Disorder Examination Questionnaire“, EDE-Q) zählt „übertriebene sportliche Aktivität“ zu den spezifischen Symptomen. Ein Problem liegt jedoch in der Bewertung.

Einen bestimmten Umgang mit Ernährung und spezielle Körperpraktiken als Essstörungen zu erkennen fällt mitunter schwer, wenn diese in sportlichen Aktivitäten eingebettet sind. Dies auch deshalb, weil Sport sowohl im Selbstbild, wie auch in der öffentlichen Gesundheitsmeinung positiv bewertet und als „gesund“ etikettiert wird.

Wann ist im Leistungs- und Spitzensport, bei leistungsorientierten, zumal (semi-) professionellen Sportlern das Ausmaß angemessen, eine Aktivität notwendig, und wann wird sie „übertrieben“?

Die Angst davor, selbst- oder fremdbestimmte Ziele und Leistungserwartungen nicht zu erfüllen oder ganz zu versagen, verstärkt den Druck in Richtung Körpermodifikation. Um die Fähigkeit zu entwickeln solche Anforderungen zu relativieren oder an sich abprallen lassen zu können, wären positive, realistische Körperbilder und ein stabiles Selbstbewusstsein hilfreich. Bemerkungen von Trainern, Mitsportlern oder Eltern können dagegen den Druck erhöhen und beschleunigend wirken: „Ein, zwei Kilo weniger wären gut für dich.“ oder „Wenn du weniger mitschleppst, bis du schneller.“ Sportlicher Erfolg kann ein gestörtes Essverhalten fördern, wenn das Belohnungssystem signalisiert, dass Abmagern oder Muskelaufbau sich rentieren.

Trainer und Trainerinnen sind hier wichtige Schlüsselpersonen. Als Fachleute, die riskantes Verhalten erkennen und thematisieren sollten – und als Leitfiguren, die vorleben, wie vernünftige, gesundheitserhaltende Grenzen beachtet werden. //

Fazit, Ausblicke und Ansätze

// Der Männergesundheitsbericht des Robert Koch-Instituts von 2014 kommt in Bezug auf Essstörungen bei Männern zu folgendem Ergebnis: „Für eine zielgruppenspezifische Aufklärung und Präventionsmaßnahmen besteht derzeit noch Potenzial. Trotz vieler Ähnlichkeiten in der Symptomatik sprechen die vorliegenden Ergebnisse außerdem für geschlechtsspezifische Therapiekonzepte. Diese werden bislang nur einzeln angeboten, so z. B. reine Männergruppen in Kliniken, die auf die Behandlung von Essstörungen spezialisiert sind.“ (RKI 2014). Diese Einschätzung gilt in quantitativer wie qualitativer Hinsicht. Zum einen sind jungen- und männerspezifische Präventions-, Beratungs- und Therapieangebote rar. Sie werden in zu geringer Zahl und nicht annähernd flächendeckend vorgehalten. Zum anderen braucht der reklamierte zielgruppenspezifische Ansatz eine jungen- und männerbezogene Überprüfung, Weiterentwicklung und Verbesserung der Konzeptqualität bisheriger Präventions-, Beratungs- und Therapieangebote, die in der Tendenz zumeist mädchen- und frauenbezogen oder seltener geschlechteroffen sind.

Verbesserung der Gesundheitsversorgung bei Essstörungen

Die notwendige Versorgungsstruktur für Jungen und Männer mit Essstörungen ist unzureichend. Es ist davon auszugehen, dass die Mehrzahl der männlichen Betroffenen unbehandelt bleibt. Die Gesundheitsversorgung bei Essstörungen ist kaum auf Jungen, männliche Jugendliche oder Männer ausgerichtet und kann sie insgesamt nur schlecht erreichen. Eine Ursache dafür ist eine geschlechtsbezogen verzerrte Wahrnehmung, die es – auch auf der fachlichen Ebene – erschwert, Essstörungen mit Jungen und Männern in Verbindung zu bringen. Betroffenen, ratsuchenden Jungen oder Männern fällt es schwer, Versorgungsangebote zu finden und aufzusuchen, wenn Essstörungen von diesen v. a. weiblich etikettiert werden.

Dazu kommen weitere Hürden, um an Unterstützung bei Essstörungen zu gelangen. Die Essstörung muss – vom Betroffenen bzw. vom Umfeld – erkannt werden. Der Junge oder junge Mann muss sich als hilfsbedürftig, „gestört“ oder „krank“ einschätzen, sich selbst um Hilfe bemühen und aktiv werden. Hierin liegt für viele Jungen, männliche Jugendliche und junge Männer eine große Hürde, denn eine solche Selbstbeschreibung und die Initiative, Hilfe aufzusuchen, kann für das eigene Mannsein als abträglich empfunden werden.

So ist mit einer Versorgungslücke bei Jungen und Männern mit Essstörungen zu rechnen, die zu einem nicht unwesentlichen Teil auf die immanenten Geschlechterbilder – auch im Versorgungssystem – zurückzuführen ist.

Themen und Aufgaben für die Prävention von Essstörungen bei Jungen und Männern

Eine Prävention von Essstörungen bei Jungen und Männern sollte den männlichen Körper auch als Gestaltungs- und Bewältigungsmedium für Männlichkeit verstehen. Sie fragt danach, wie Jungen und Männer ihren Körper für das Junge- und Mannsein nutzen und gestalten. Mit Blick auf deren Funktionalität reflektiert sie männliche Körperbilder und Körperideale, ohne diese vorschnell abzuwerten und männliche Schönheitsideale einseitig zu kritisieren.

In diesem Sinn versteht sie riskantes Verhalten und riskanten Umgang mit dem eigenen Körper als eine Art „Selbstmedikation“, die geschlechterbezogen eingefärbt ist. Kontrolle über den eigenen männlichen Körper zu erlangen, kann insofern als ein Versuch verstanden werden, Kontrolle auch über die eigene Männlichkeit, das Leben als Junge oder Mann (zurück) zu gewinnen. Dabei schließt die riskante Bewältigung von Krisen, schwierigen Entwicklungsübergängen oder prekären Lebenslagen in Bezug auf den männlichen Körper eine Ausbildung von Essstörungen prinzipiell mit ein.

Besonders Fachkräfte sind gehalten, ihren Aufmerksamkeitsfokus hier entsprechend zu weiten. Dazu gehört, mit (internalisierten) Ängsten, Depressionen, Zwängen usw. gerade auch dann zu rechnen, wenn deren Bewältigungsformen sich eher männlich-externalisierend zeigen.

Für eine passende jungen- und männerbezogene Prävention müssen männliche Lebenslagen und Lebensmuster verstanden und aufgenommen werden.

Das betrifft etwa die Berufs-, Leistungs- und Erfolgsorientierung, die Formen der sozialen Beziehungen („Aufgabenbeziehungen“), das verminderte Hilfesuchverhalten, den Wunsch nach Autonomie und Kontrolle, das Vermeiden von Verlierer- und Opferstatus usw.

Der männliche Körper, die eigene Körpererfahrung und Ernährung sind nicht nur funktionale Risikogebiete, sondern vielmehr auch Ressourcen für Sinn, Beziehung und Wohlbefinden sowie als sinnliche Körpererfahrungen identitätsstiftend.

Zu akzentuieren wäre eine langfristig gesündere Bewältigung von Krisen. In der Bewältigungsperspektive darf *mann* hier kurzfristig auch mal einseitig „unterwegs sein“, um dann irgendwann wieder zum Ausgleich zu kommen. Das schließt eine „Erlaubnis“ zu männlicher Körpergestaltung, zu männlichen Zugängen in Bewegung und Entspannung mit ein (Neubauer/Winter 2006) – auch die Erlaubnis, Krisen zu bewältigen, indem etwas riskiert wird. Denn wer im Risiko bewältigt, ist aktiv und kein „Loser“. Um aber mittelfristig wieder in eine gute Balance zu kommen, ist gerade die Verknüpfung von Risikokompetenz (Winter 2015) und Selbstsorge im Sinn von „Harm reduction“ bzw. Schadensminderung sowie von Krisen- und Gesundheitskompetenz ein wichtiges Präventionsthema für Jungen und Männer.

Fachliche und gesundheitspolitische Aufgaben

Für einen angemessenen Umgang mit Essstörungen bei Jungen und Männern erscheint es wichtig, dass diesen – auf fachlicher wie gesellschaftlicher Ebene – die notwendige Aufmerksamkeit gewidmet wird. Essstörungen affirmativ als „eigentlich weiblich“ zu titulieren oder Essstörungen bei Jungen und Männern mit „das gibt es schon auch, aber nur wenig“ zu beschreiben, legitimiert das Wegschauen und stabilisiert das Dunkelfeld. In der Folge werden Prävention, Beratung und Therapie keine Impulse für gezielt jungen- und männerbezogene Aktivitäten, Programme usw. erhalten. Ein erstes Ziel wäre mithin, die ständig vergleichende Markierung von Essstörungen als „überwiegend weiblich“ zu reduzieren und Essstörungen von Jungen und Männern sichtbar zu machen.

Für die jungen- und männerbezogene Qualifizierung von Präventions-, Beratungs- und Therapieangeboten stellt sich eine Reihe von Aufgaben:

- ▶ Essstörungen „entfeminisieren“, die geringere Zahl von Essstörungen bei Jungen und Männern nicht übermäßig betonen und auf verdeckende Relationsaussagen verzichten
- ▶ neben der Überwindung geschlechterstereotypischer Zuschreibungen Essstörungen auch als männliches Problem begreifen und die Sensibilisierung fördern
- ▶ die Perspektive einer Ent-Individualisierung beachten. Dies bedeutet, nicht nur auf die Suche nach „defekten“ Persönlichkeitsmerkmalen zu gehen, sondern auch die Analyse gesellschaftlicher Rahmenbedingungen einzubeziehen.
- ▶ Essstörungen (auch) als Form leiblich spürbarer Selbstvergewisserung angesichts individueller oder kollektiver Krisen von Männlichkeitsvorstellungen und damit als Bewältigungshandeln betrachten



- ▶ die Nomenklatur verändern und im Essstörungsdiskurs auch männlich „erlaubte“ bzw. zugängliche Begriffe verwenden, welche es Jungen und Männern eher ermöglichen, sich als Betroffene zu sehen

Der Begriff „Burnout“ zum Beispiel ermöglicht es Männern, sich der Möglichkeit zu öffnen, an einer Depression erkrankt zu sein und kann so als Schwellensenker wirken. Neue Begriffsbildungen wie „(Hyper-) masculine eating disorder“, (Hyper-) männliche oder (Hyper-) maskuline Essstörung würden Essstörungen auch männlich markieren.

- ▶ spezifische Informationen für Jungen und Männer bereitstellen – in Form von Online-Angeboten, Flyern, Broschüren usw.
- ▶ mehr spezifische Informationen über Jungen und Männer bereitstellen – für Lehrkräfte, Fachkräfte der Sozialen Arbeit, Beratung und Therapie, für Medien und Öffentlichkeit
- ▶ eigenständige Präventions-, Beratungs- und Therapieangebote für Jungen und Männer entwickeln, bereitstellen und eindeutig als solche markieren – etwa in der Bildsprache, in der Themenauswahl oder im Wording

„Mein Körper ist mein Haus“ ist zum Beispiel ein eher feminines (Nesting-) Bild, das sich i. d. R. weniger auf männliche Lebenslagen und Lebensentwürfe beziehen lässt.

- ▶ jungens- und männerbezogene Informationen und Angebote bildungs-, herkunfts- und milieubezogen differenzieren
- Zielgruppen sind zum Beispiel Jungen und Männer mit einem geringeren Bildungs- und Sozialstatus, für die der Körper eine relativ leicht zugängliche Status-Ressource darstellt – andererseits Jungen und Männer mit einem höheren Bildungs- und Sozialstatus und entsprechenden Status- und Leistungserwartungen.
- ▶ erforschen und verstehen, was dazu führt, dass Essstörungen bei Jungen und Männern erfolgreich erkannt, besprochen und behandelt werden und abklingen bzw. ausheilen können

Literatur

- Benninghoven D, Tadic V, Kunzendorf S, Jantschek G (2007) Körperbilder männlicher Patienten mit Essstörungen. In: *Psychother Psych Med* 2007; 57, 120-127
- Benson J (2013) Männer und Muskeln. Über die soziale Konstruktion des männlichen Körperideals. Dissertation, Düsseldorf
- Blomberg C, Neuber N (2016) Männliche Identität, Sport und Gesundheit. Ansatzpunkte einer geschlechtssensiblen Förderung von Jungen und jungen Männern. *Bundesgesundheitsbl* (2016) 59: 957
- Böhnisch L (2003) Die Entgrenzung der Männlichkeit. Verstörungen und Formierungen des Mannseins im gesellschaftlichen Übergang
- Bruch H (1982) *The Golden Cage. The Enigma of Anorexia Nervosa. Dt. Der goldene Käfig. Das Rätsel der Magersucht*
- BZgA, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (2007) Die Versorgung übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher in Deutschland. Quantität und Qualität von Angeboten im Zeitraum 2004 - 2005
- Danielzik S, Müller MJ (2004) Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. In: KKH (Hg.) *Weißbuch Prävention. Jahresreport der KKH 2004*, 112-116
- Dechéne M (2008) Essstörungen bei Männern. In: *Blickpunkt der Mann*, Nr. 6 (3) 20-22
- Destatis, Statistisches Bundesamt (2016) (Hg.) *Schulen auf einen Blick. Ausgabe 2016*. Wiesbaden
- DGE, Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2000) *Ernährungsbericht*
- DGKJP, Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2007) *Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter*. Deutscher Ärzte-Verlag
- Eliot A, Baker C (2001) Eating disordered adolescent males. *Adolescence*, 36 (143), 535-544
- Falbesaner T (2017) Magersucht bei Männern. In: *Impulse für Gesundheitsförderung der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen*, 94/2017, 9-10
- Fichter MM, Daser C (1987) Symptomatology, psychosexual development and gender identity in 42 anorexic males. *Psychological Medicine* 17: 409-418
- Friebel H (2017) Jungs und junge Männer, die sich selbst verletzen – ein Ansatz zur Biografie- und Lebensweltorientierung. In: *Journal für Psychologie* 25. Jahrgang, 2/2017
- Gilmore DD (1991) *Mythos Mann. Rollen, Rituale, Leitbilder*. München. Artemis und Winkler
- Habermas T (1994) *Zur Geschichte der Magersucht. Eine medizinpsychologische Rekonstruktion*
- Hartmann AS, Michael T, Munsch S (2010) Der Einfluss des Ernährungswissens auf Nahrungsmittelpräferenzen bei Kindern. *Kindheit und Entwicklung* 19: 21-26
- HBSC-Studienverbund Deutschland (2015) *Studie Health Behaviour in Schoolaged Children – Faktenblatt „Körperbild und Diätverhalten von Kindern und Jugendlichen“*
- Herpertz S, de Zwaan M, Zipfel S (2015) (Hg.) *Handbuch Essstörungen und Adipositas*
- Herzog DB, Newman KL, Yeh CJ, Warshaw M (1991) Body image dissatisfaction in homosexual and heterosexual males. *J Nerv Ment Dis* 170: 356-359
- Hilbert A (2012) Neue Studie zu Essstörungen. Frauen leiden vier Mal häufiger an Essstörungen als Männer. In: *Ärztin*, 59. Jg. Nr. 3, 11/2012, 9
- Hilbert A, Czaja J (2007) Essanfälle und Adipositas im Kindesalter. *Psychother Psych Med* 57: 413-419
- Hilbert A, de Zwaan M, Braehler E (2012) How Frequent Are Eating Disturbances in the Population? Norms of the Eating Disorder Examination-Questionnaire. *PLoS ONE* 7 (1): e29125
- Hofmann L (2009) Essstörungen bei Männern. In: *aid – Ernährung im Fokus* 9-05 | 09, 180-186
- Hölling H, Schlack R (2007) Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. *Bundesgesundheitsbl* 50: 794-799
- Jacobi F et al. (2014) Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). In: *Der Nervenarzt*, 1/2014, 77-87
- Kasper H (2009) *Ernährungsmedizin und Diätetik*
- Kiviruusu O, Huurre T, Aro H (2007) Psychosocial resources and depression among chronically ill young adults: Are males more vulnerable? *Social science & medicine* 2 (65) 2007, 173-186
- Klein S, Krupka S, Behrendt S, Pulst A, Bleß HH (2016): *Weißbuch Adipositas. Versorgungssituation in Deutschland*
- Köpp W, Kallenbach B (1999) Anorexie und Bulimie bei Männern: Zum Erscheinungsbild zweier Frauenkrankheiten beim männlichen Geschlecht. *Sexuologie* 6, 167-178
- Krenn H (2003) *Eßstörungen bei Männern. Charakteristika des Verlaufs von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa bei Männern und Vergleich mit einer weiblichen Stichprobe. (Diss) Marburg 2003*
- Kurth BM, Schaffrath Rosario A (2007) Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl* 50: 736-743
- Leyk D et al. (2008) Sportaktivität, Übergewichtsprävalenz und Risikofaktoren. In: *Dtsch Arztebl* 2008, 105 (46): 793-800
- Lohaus A, Heinrichs N (2015) Geschlechterunterschiede bei Essstörungen. In: Kolip, Hurrelmann (Hg.) *Handbuch Geschlecht und Gesundheit: Männer und Frauen im Vergleich*, 229-239
- Macdiarmid J, Cade J, Blundell J (1996) High and low fat consumers, their macronutrient intake and body mass index: further analysis of the National Diet and Nutrition Survey of British Adults. *Europ J of Clin Nutr* 50: 505-512



- Mangweth-Matzek B (2015) Essstörungen bei Männern. In: Herpertz, de Zwaan, Zipfel (Hg.) Handbuch Essstörungen und Adipositas, 91–97
- Marcinski I (2017) Leibliches Erleben in Krankheitspraktiken der Anorexie. In: MGG 35/2017, 97–112
- Max Rubner-Institut (2008) Nationale Verzehrsstudie II, Ergebnisbericht Teil 1 + 2
- Mensink G, Heseker H, Richter A, Stahl A, Vohmann C (2007) Forschungsbericht Ernährungsstudie als KiGGS-Modul (EsKiMo). Berlin: Robert Koch-Institut
- Mosser P (2012) Wege Aus Dem Dunkelfeld: Aufdeckung und Hilfesuche bei sexuellem Missbrauch an Jungen
- Naab S, Bolte D, Voderholzer U (2012) Jugendliche Patientinnen frühzeitig therapieren. In: DNP – Der Neurologe & Psychiater 2012, 13 (11), 71–75
- Neubauer G (2006) „body and more“ – jungenspezifische Prävention von Ess-Störungen. In: Ko-lip, Altgeld (Hg.) Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis, 117–128
- Neubauer G, Göger B (2011) Körper. In: Ehlert, Funk, Stecklina (Hg.): Wörterbuch Soziale Arbeit und Geschlecht, 239–244
- Neubauer G, Winter R (2006) Jungen und Männer in Balance. Männliche Zugänge zu Entspannung und Stressbewältigung. In: Kolip, Altgeld (Hg.) Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis, 181–192
- Nideröst S (2007) Männer, Körper und Gesundheit. Somatische Kultur und soziale Milieus bei Männern
- Platen P (2015) Essstörungen und Leistungssport. In: Herpertz, de Zwaan, Zipfel S (Hg.) Handbuch Essstörungen und Adipositas, 99–111
- Pope HG, Katz DL, Hudson JI (1993) Anorexia nervosa and „reverse anorexia“ among 108 body-builders. Compr Psychiatry 34: 406–409
- Popitz H (2004) Phänomene der Macht. Autorität – Herrschaft – Gewalt – Technik
- Reich G, Boetticher A (2017) Hungern, um zu leben – die Paradoxie der Magersucht. Psychodynamische und familientherapeutische Konzepte
- RKI, Robert Koch Institut (Hg.) (2014) Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland. Berlin
- RKI, Robert Koch-Institut (Hg.) (2007) KiGGS-Basiserhebung. Bundesgesundheitsbl 50, 5/6
- RKI, Robert Koch-Institut (Hg.) (2008) KiGGS-Basiserhebung. Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Kapitel 2.7 Störungen des Essverhaltens. Berlin
- Roth M (1998) Prädiktoren gezügelter Essverhaltens bei Jugendlichen. Z Med Psychol 4: 158–162
- Schär M, Weber S (2015) Das Körperbild von Jugendlichen in der Deutschschweiz. Ergebnisse einer Befragung. Gesundheitsförderung Schweiz Arbeitspapier 35, Bern und Lausanne
- Schwarzenegger A (2004) Bodybuilding für Männer. Das perfekte Programm für Körper- und Muskeltraining
- Setzwein M (2004) Ernährung – Körper – Geschlecht. Zur sozialen Konstruktion von Geschlecht im kulinarischen Kontext. Wiesbaden: VS
- Sharp C, Clark S, Dunan J, Blackwood D, Shapiro C (1994): Clinical presentation of anorexia nervosa in males: 24 new cases. International Journal of Eating Disorders 15: 125–134
- Striegel-Moore RH, Franko DL (2003) Epidemiology of binge eating disorder. Int J Eat Disord 34: 19–29
- Swanson SA, Crow S, Le Grange D (2011) Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. Arch Gen Psychiatry. 68(7): 714–23
- Thiel A, Allzadeh M, Giel K, Zipfel S (2008) Stereotypisierung von adipösen Kindern und Jugendlichen durch ihre Altersgenossen. In: Psychother Psych Med (58) 2008 1–8
- Theunert M (Hg.) (2012): Männerpolitik. Was Jungen, Männer und Väter stark macht
- Trapp W (2003) Der schöne Mann: Zur Ästhetik eines unmöglichen Körpers. Berlin: Erich Schmidt
- Triches R, Giugliani E (2005) Obesity, eating habits and nutritional knowledge among school children. Revista de Saude Publica 39: 541–547
- Vögele C, Woodward H (2005) Körperbild, Diätverhalten und körperliche Diät. Kindheit und Entwicklung 14: 229–236
- Weber C (1998) Das Dilemma des modernen Mannes. Rollenwidersprüche und das Symptom der Essstörung
- Winter R (2014) Jungenpolitik
- Winter R (2015) More Risk! Mehr Mann? Risikokompetenz bei Jungen fördern. Teil I / Teil II. In: deutsche jugend, Nr. 9/2015, S. 367–373 (Teil I) und Nr. 10/2015 (Teil II) 2015, S. 436–442
- Winter R, Neubauer G (2004) Kompetent, authentisch und normal? Aufklärungsrelevante Gesundheitsprobleme, Sexuaufklärung und Beratung von Jungen. Köln: BZgA
- Wöckel L (2013) Ernährung, Essgewohnheiten und Essstörungen. In: Stier, Winter (Hg.) Jungen und Gesundheit, 221–234

AUTORIN/AUTOREN

Ute Waschescio ist Dipl. Psychologin und Psychologische Psychotherapeutin und führt seit 2003 eine therapeutische Praxis in Bielefeld. Ihr Tätigkeitsschwerpunkt liegt auf der Behandlung von Essstörungen, überwiegend bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Darüber hinaus ist sie seit Jahren als Therapeutin und Supervisorin für spezialisierte Wohngruppen tätig, in denen auch jugendliche Jungen und junge Männer mit Essstörungen pädagogisch-therapeutisch betreut und behandelt werden.

Neben ihrer therapeutischen Tätigkeit arbeitet Ute Waschescio als Referentin zum Thema Essstörungen und als Lehrtherapeutin, Supervisorin und Dozentin für Entwicklungspsychologie und psychodynamische Therapie im Rahmen psychotherapeutischer Ausbildungsinstitute.

Dr. rer. soc. Reinhard Winter und **Dipl. Päd. Gunter Neubauer** leiten gemeinsam das Sozialwissenschaftliche Institut Tübingen (SOWIT). Das renommierte Institut, das 2003 gegründet wurde, befasst sich schwerpunktmäßig mit Gender-Fragen sowie Männer- und Jungenthemen im Bereich Pädagogik, Bildung und Gesundheit. Dr. Reinhard Winter und Gunter Neubauer sind seit 2010 Mitautoren der Männergesundheitsberichte der Stiftung Männergesundheit, beispielsweise zu den Themen „Jungengesundheit in Deutschland: Themen, Praxis, Probleme“ (2010), „Sorglos oder unversorgt? Zur psychischen Gesundheit von Jungen“ (2013) sowie „Sexuelle Gesundheit von Jungen bis zur Pubertät“ und „Sexuelle Gesundheit männlicher Jugendlicher“ (2017).

Mit Anja Wilser vom SOWIT konzipierte Gunter Neubauer das erfolgreiche Präventionsprojekt „body and more – Über Körperideale, Essstörungen und den ganz alltäglichen Genuss“ (seit 2005). Reinhard Winter ist zusammen mit Bernhard Stier Herausgeber des Handbuchs „Jungen und Gesundheit“ (2013).

IMPRESSUM

Herausgeberin

Landesfachstelle Essstörungen NRW
www.landesfachstelle-essstoerungen-nrw.de

Kontakt

Landesfachstelle Essstörungen NRW
Georgstraße 7, 50676 Köln
Telefon: 0221-2010-344
info@landesfachstelle-essstoerungen-nrw.de

Text

Ute Waschescio
www.utewaschescio.de

Gunther Neubauer & Dr. Reinhard Winter (SOWIT)
www.sowit.de

Redaktionelle Bearbeitung

Karola Ludwig / Maria Spahn
Landesfachstelle Essstörungen NRW

Gestaltung

Ute Berger
www.berger-viskom.de

Druck

Buch- und Offsetdruckerei Häuser KG, Köln
www.haeuserkg.de

Träger der Landesfachstelle



Diözesan-
Caritasverband für das
Erzbistum Köln e. V.

Gefördert vom

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen



BEZUGSADRESSE

Das Themenheft steht als Download auf der Internetseite der Landesfachstelle Essstörungen zur Verfügung:
www.landesfachstelle-essstoerungen-nrw.de

Als Printmedium kann das Themenheft kostenlos bestellt werden unter:
info@landesfachstelle-essstoerungen-nrw.de



Landesfachstelle Essstörungen NRW
www.landesfachstelle-essstoerungen-nrw.de