

Esstörungen bei Männern

Dechene M

Blickpunkt der Mann 2008; 6 (3)

20-22

Homepage:

www.kup.at/dermann

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Krause & Pachernegg GmbH
Verlag für Medizin und Wirtschaft
A-3003 Gablitz

Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf
Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Essstörungen bei Männern

M. Dechêne

Kurzfassung: Essstörungen galten früher als reine Frauenkrankheiten, aber aktuell haben die Anorexia und die Bulimia nervosa bei jungen Männern, insbesondere bei Sportlern, wachsendes Interesse hervorgerufen. Soziokultureller Hintergrund ist eine Veränderung der Geschlechterrollen und der Beziehungen zwischen Männern und Frauen in den westlichen Ländern, gepaart mit einer zunehmenden Bedeutung körperlicher Attraktivität für das männliche Selbstwertgefühl. Psychodynamisch drückt die Essstörung meistens einen Autonomiekonflikt des Individuums aus. Verglichen mit Frauen haben essgestörte Männer oft eine höhere psychiatrische Komorbidität, sie scheinen mehr Probleme mit ihrer Geschlechtsidentität zu haben und schämen sich oft sehr wegen ihrer

Erkrankung. Die Behandlung hängt ab vom Ausmaß der Erkrankung und ihrer Bedeutung für das Leben der Betroffenen, das therapeutische Spektrum reicht von einer Beratung und Psychoedukation bis zu einem Krankenhausaufenthalt mit einer intensiven Ernährungs- und Psychotherapie.

Abstract: Until recently, eating disorders were assumed to be female gender-bound, but actually increasing interest is focused on anorexia and bulimia nervosa in young men, especially in male athletes. The sociocultural background is a change of gender roles and of relationships between men and women

in western countries, combined with the growing importance of physical attractiveness for male self-esteem. From a psychodynamic point of view, eating disorders often express the individual's seeking for autonomy. Compared with women, men with eating disorders often show a higher psychiatric co-morbidity, they seem to have more problems with their gender identity, and many of them feel very ashamed of their disease. Treatment depends on the severity of disease and the importance of the eating disorder for the life of the men affected. The therapeutic spectrum ranges from advice and psychoeducation to hospitalization with feeding and intense psychotherapy. **Blickpunkt DER MANN 2008; 6 (3): 20–2.**

Die Essstörungen Anorexia nervosa und Bulimia nervosa gehören zu den häufigsten psychosomatischen Erkrankungen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Bevorzugt treten diese Erkrankungen in den hochindustrialisierten Ländern des Westens mit einem sehr breiten Angebot an Nahrungsmitteln auf, was bereits auf die große Bedeutung von Kultur und Umwelt bei der Genese der Essstörungen hinweist. Anorexie und Bulimie galten bisher als typische Frauenkrankheiten, mehr als 95 % der in psychosomatischen Kliniken stationär behandelten Patienten waren weiblichen Geschlechts. Nach deutschen Angaben liegt das mittlere Alter bei Erkrankungsbeginn zwischen 14 und 18 Jahren [1]. Die Lebenszeitprävalenz bei Frauen beträgt für die Anorexie zwischen 0,5 und 1 %, für die Bulimie zwischen 1 und 3 %. Nach neueren epidemiologischen Untersuchungen steigen die Störungen des Essverhaltens im jugendlichen Alter in der Prävalenz an, und der Beginn der Erkrankungen verschiebt sich auf jüngere Altersgruppen. Im Langzeitverlauf handelt es sich insbesondere beim Vollbild der Anorexie um eine schwere Erkrankung, das Mortalitätsrisiko ist gegenüber der Normalbevölkerung 10fach erhöht [1].

Diagnostisch steht bei der Anorexia nervosa ein drastischer Gewichtsverlust durch unzureichende Nahrungsaufnahme und eine schwere Störung des eigenen Körpererlebens im Vordergrund. Die deutsche Bezeichnung „Magersucht“ betont sehr klug den Suchtcharakter der Erkrankung. Nach den diagnostischen Kriterien der ICD-10 muss das Körpergewicht mindestens 15 % unter dem erwarteten Wert liegen oder der Body Mass Index (BMI) weniger als 17,5 betragen. Der Gewichtsverlust wird durch Vermeidung hochkalorischer Speisen selbst herbeigeführt, dem gleichen Ziel dienen selbstinduziertes Abführen oder Erbrechen, übertriebene körperliche Betätigung sowie der Konsum von Appetitzüglern oder Diuretika.

Aus dem Evangelischen Krankenhaus Herne

Korrespondenzadresse: Dr. med. Markus Dechêne, Medizinische Abteilung, Evangelisches Krankenhaus Herne, D-44623 Herne, Wiescherstraße 24; E-Mail: m.dechene@evk-herne.de

Die Gewichtsphobie, d. h. die Angst, zu dick zu werden, besteht als überwertige Idee. Die Körperschema-Störung führt dazu, dass die Patienten eine viel zu niedrige Gewichtsschwelle für ihren Körper festlegen. Durch eine endokrine Störung auf der hypothalamisch-hypophysär-gonadalen Achse kommt es bei Frauen zu Amenorrhoe und bei Männern zu Libido- oder Potenzverlust. Bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät ist die Abfolge der pubertären Entwicklungsschritte verzögert oder gehemmt [2].

Psychodynamisch dient die Nahrungsverweigerung der Abwehr der Sexualität und dem Wunsch nach Selbstbehauptung. Oft entsteht die Erkrankung in einer sehr angespannten Familiensituation. Hoffmann und Hochapfel fassen die Magersucht im Kern als einen schweren Autonomiekonflikt mit narzisstischer Störung (Störung des Selbstwertgefühls) auf, die zum Teil von depressiven, hysterischen oder zwanghaften Komponenten begleitet ist [3]. Im Denken der Anorexiereichen nimmt die Beschäftigung mit Essen einen sehr großen Raum ein, das Abmagern verschafft ihnen eine vordergründige Befriedigung.

Schließlich entfaltet die Erkrankung eine gefährliche Eigendynamik und der Zustand der chronischen Unterernährung hat psychische Auswirkungen. Das Denken ist eingeeengt, die emotionalen Reaktionen sind abgeflacht, und es wird bei manchen Betroffenen ein rauschartiger Zustand mit vermindertem Schmerzempfinden beschrieben.

Die Bulimia nervosa – der „Ochsenhunger“ – wurde als eigenständiges Krankheitsbild erst 1979 beschrieben. Charakteristisch sind unkontrollierte Essattacken mit nachfolgenden Schuldgefühlen und Versuchen der Gegensteuerung durch selbstinduziertes Erbrechen. Laut ICD-10 gehört eine andauernde Beschäftigung mit Essen und eine Gier nach Nahrungsmitteln zu der Erkrankung [2]. Während der Essattacken werden große Mengen Nahrung in kurzer Zeit konsumiert. Die nachfolgende Gegensteuerung erfolgt nicht nur durch Erbrechen, sondern auch durch Missbrauch von Abführmitteln, Appetitzüglern, Diuretika oder Schilddrüsenhormonen sowie

durch zeitweilige Hungerepisoden. Die Angst, zu dick zu werden, ist überwertig; es werden auch hier niedrige Gewichtsgrenzen von den Patientinnen gesetzt. Häufig lässt sich in der Vorgeschichte eine Episode einer Anorexia nervosa nachweisen. Während Anorexiepatientinnen definitionsgemäß stark untergewichtig sind, haben Bulimiepatientinnen meist Normalgewicht. Die Betroffenen bemühen sich sehr, ihre Essstörung vor der Umgebung zu verbergen. Psychodynamisch besteht eine Störung der Selbstwertregulation mit der Unfähigkeit, innere Spannungen auszuhalten. Bulimiepatientinnen leiden stärker als Anorexiepatientinnen unter ihren Scham- und Schuldgefühlen.

Esstörungen entwickeln sich bevorzugt in der Pubertät und Adoleszenz, also einer Lebensphase, in der sich im Zusammenhang mit der körperlichen Reifung die Geschlechtsidentität herausbildet. Dieser Prozess ist offenbar in unserer Gesellschaft für Mädchen störanfälliger und schwieriger zu vollziehen als für Jungen. In den Medien und Peer-Gruppen vorgegaukelte Schönheitsideale und der Trend zum Schlanksein beeinflussen vorwiegend Mädchen bereits zu Beginn der Pubertät. Sie sind in dieser Zeit überdies durchschnittlich deutlich konflikt- und aggressionsvermeidender und abhängiger als Jungen.

Das Erreichen eines niedrigen Idealgewichts und eines sehr schlanken Körpers hat für Mädchen bereits eine größere Bedeutung als für Jungen. Nach einer aktuellen Verlaufsbeobachtungsstudie aus Spanien reagieren 13jährige Mädchen auf seelischen Stress eher mit einer Essstörung, gleich alte Jungen entwickeln eher einen Substanzmissbrauch [4].

In den letzten Jahren ist die Vorstellung von Anorexie und Bulimie als reinen „Frauenkrankheiten“ allerdings ins Wanken geraten, und das Thema „Esstörungen bei Männern“ hat zunehmendes Interesse in den Medien geweckt. Ein wichtiger Auslöser war die Diskussion um anorektische Verhaltensweisen von Skispringern Ende der 1990er Jahre. Es wurde deutlich, dass eine aus Wettbewerbsgründen durchgeführte strenge Gewichtskontrolle auch bei männlichen Leistungssportlern zu Essstörungen, z. B. im Sinne einer Anorexia competitiva, führen kann. Es sind natürlich nicht nur Skispringer, sondern unter anderem auch Langstreckenläufer, Radfahrer und Ruderer betroffen. Dabei sind die Grenzen zwischen einem sehr restriktiven und gestörten Essverhalten und einer echten Essstörung mit Krankheitswert fließend. Hochleistungssportler verfügen überdies häufig über Persönlichkeitszüge, die zum Auftreten einer Essstörung prädisponieren, z. B. eine Neigung zu Selbstdisziplin und Perfektionismus. Es besteht oft ein ausgeprägtes Konkurrenzdenken.

Die vermehrte Beschäftigung mit essgestörten Männern muss auch im Zusammenhang mit einem gesellschaftlichen Wandel gesehen werden. Die traditionelle und zum Teil ungerechte Rollenverteilung zwischen den Geschlechtern bröckelt, und Frauen übernehmen immer mehr männliche Aufgaben. In der Pädagogik wird bereits von einer „Jungenkrise“ aufgrund eines Mangels an realen männlichen Identifikationsfiguren gesprochen. Die Bedeutung des Körpers für das männliche Selbstwertgefühl steigt, und schlanken weiblichen Topmodells stehen in Film und Werbung muskelbepackte und

fettfreie Athleten als neue männliche Schönheitsideale gegenüber. Frühere Leinwandhelden wie James Dean oder Humphrey Bogart wurden abgelöst durch Arnold Schwarzenegger oder Sylvester Stallone. Fitnesscenter haben enormen Zulauf und Männerzeitschriften wie „Men's Health“ steigern ihre Auflagen. Als Folge geraten immer mehr Jungen und Männer in eine Identitätskrise und entwickeln ein gestörtes Verhältnis zu ihrem eigenen Körper. Angesehene amerikanische Psychiater bezeichnen die neue Tendenz männlichen Körperkults und Schönheitswahns als „Adonis-Komplex“ [5]. So wie die unter einer typischen Anorexia nervosa leidende Frau ihren völlig untergewichtigen Körper noch als zu dick empfindet, beschäftigen sich die unter einem Adonis-Komplex leidenden Männer mit der überwertigen Idee, ihr Körper sei nicht ausreichend mager und muskulös. Diese Männer zeigen bei dem starken Bemühen um ihr Äußeres oft zwanghafte Gedanken und Verhaltensweisen, sie schrecken auch vor Doping nicht zurück.

Aufgrund der recht niedrigen Fallzahlen gibt es nur wenige Vergleichsstudien zwischen Männern und Frauen mit einer Essstörung, dabei wurden viele Gemeinsamkeiten und wenige Unterschiede hinsichtlich Pathogenese und Symptomatik gefunden. Typischerweise beginnt die Essstörung bei Männern ca. 2 Jahre später als bei Frauen, korrelierend mit dem späteren Einsetzen der Pubertät. Männer mit einer Anorexie scheinen eine ausgeprägtere Störung ihrer geschlechtlichen Identität zu haben [6]. Darüber hinaus wurde bei Männern auch eine größere psychische Komorbidität gefunden [7]. Crisp hat bisher eines der größten Kollektive von männlichen Anorexiepatienten untersucht und verweist auf ein geringeres Mortalitätsrisiko bei Männern – eine Ansicht, die von anderen Forschern nicht geteilt wird [8]. Männer verwenden im Vergleich zu Frauen weniger Abführmittel, Diuretika und Diätpillen zur Gewichtregulation, dafür hat bei ihnen die intensive sportliche Aktivität einen höheren Stellenwert. Bei der Bewertung des eigenen Körpers gibt es einen wichtigen Unterschied zwischen den Geschlechtern: Während Frauen das Ideal des möglichst schlanken Körpers verfolgen, wünschen sich Männer zusätzlich mehr Muskelmasse [9]. Die soziale Isolation scheint bei Männern noch höher zu sein als bei Frauen. Überdies offenbaren viele männliche Essgestörte ihre Erkrankung nicht, da sie sich schämen, unter einer vermeintlichen „Frauenkrankheit“ zu leiden, und soziale Ächtung befürchten. Aus diesem Grund ist von einer hohen Dunkelziffer auszugehen, wenn die Häufigkeit von Essstörungen bei Männern angegeben wird.

In einer aktuellen amerikanischen Populationsstudie bestätigte sich die frühere Beobachtung, wonach homo- und bisexuelle Männer viel häufiger an Essstörungen leiden als heterosexuelle Männer [10, 11]. Bei der Befragung gaben mehr als 15 % der homo- und bisexuellen Männer an, schon einmal unter Magersucht, Brechsucht oder der „binge-eating“-Störung (rauschhafte und unkontrollierbare Essattacken) gelitten zu haben oder zu leiden. Bei Frauen konnte dagegen ein unterschiedliches Vorkommen von Essstörungen in Abhängigkeit von der sexuellen Orientierung nicht festgestellt werden. Als mögliche Erklärung für das relativ häufige Vorkommen von Essstörungen bei homo- und bisexuellen Männern wird die höhere Bedeutsamkeit körperlicher Attraktivität in dieser Patientengruppe diskutiert.

Im ärztlichen Umgang mit männlichen Essgestörten sollte zunächst eine gründliche Diagnostik und differenzialdiagnostische Abklärung stehen. So müssen einerseits konsumierende internistische Erkrankungen, primäre endokrinologische Störungen und Resorptionsstörungen des Magen-Darm-Trakts ausgeschlossen und andererseits psychiatrische Erkrankungen abgeklärt werden. Dabei ist vor allem an das Vorkommen von Zwangsstörungen, Depressionen, Angststörungen und Psychosen zu denken. Schwere Essstörungen führen auch zu pathologischen organmedizinischen Befunden, als Beispiele seien nur Elektrolyt- und Säure-/Basenverschiebungen im Serum, Obstipation, Eiweiß- und Vitaminmangelzustände, Anämie, Niereninsuffizienz, Hypotonie, Hypothermie, Herzrhythmusstörungen, Hautveränderungen, Polyneuropathien, Osteoporose, Ödeme, Leberwerterhöhungen, Sialadenose und Karies genannt. Besonders gefährlich ist das gemeinsame Vorkommen einer Essstörung mit einem Diabetes mellitus oder einem Substanzmissbrauch.

Die Therapie hängt ab vom Ausmaß der Essstörung und ihrer Bedeutung für das Leben des Betroffenen. Sehr bedeutsam ist der Aufbau einer vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung. Während in leichten Fällen Aufklärung und Beratung ausreichend sein können, ist in schwereren Fällen eine ambulante oder stationäre Psychotherapie unter Mitberücksichtigung des familiären Umfeldes erforderlich. Insbesondere bei schwer kranken Anorexiepatienten ist die Verbesserung des Ernährungszustandes notwendige Voraussetzung für die Durchführung einer erfolgreichen stationären Psychotherapie. Es empfiehlt sich nach Abschluss eines Behandlungsvertrages die Einhaltung klarer Regeln und einer Tagesstruktur. Bei der stationären Psychotherapie empfiehlt sich ein multimodales Vorgehen im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes, bei dem psychoanalytisch orientierte Verfahren mit verhaltenstherapeutischen Elementen und körperorientierten Behandlungsformen kombiniert werden sollten. Eine spezifische psychopharmakologische Therapie der Essstörungen kann nicht empfohlen werden.

Unter präventiven Gesichtspunkten ist vor allem zu fordern, dass Jungen sich in unserer Gesellschaft kindgerecht entwickeln können und zu einem vernünftigen Essverhalten angeleitet werden. Zurückgedrängt werden sollten Missbrauch und

Vernachlässigung auf der einen Seite und Reizüberflutung, Verlockung und Überforderung auf der anderen Seite. In diesem Zusammenhang sind natürlich Eltern und Erzieher gefordert, aber auch Medien und die Nahrungsmittelindustrie. Der Wunsch nach einem „sauberen Sport“ ohne Manipulation am Körper soll hier angesichts der aktuellen gesellschaftlichen Diskussion nur angedeutet werden.

■ Relevanz für die Praxis

Essstörungen bei Männern haben eine zunehmende differenzialdiagnostische Bedeutung in der Sportmedizin, der Inneren Medizin und der Psychosomatik. Bei Sportlern steht der Konkurrenzaspekt im Vordergrund. Oft liegt ein unsicheres männliches Selbstwertgefühl vor, psychische Konflikte werden auf der Ebene des Körpers ausgetragen. Eine Essstörung kann eine gefährliche Eigendynamik entwickeln, oft ist eine ambulante oder stationäre Psychotherapie erforderlich.

Literatur:

1. Herzog T, Munz D, Kächele H (Hrsg). *Essstörungen*. 2. Aufl. Schattauer Verlag, Stuttgart, 2004.
2. Dilling H, Mombur W, Schmidt M. Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F) Klinisch diagnostische Leitlinien. 3. Aufl. Verlag Hans Huber, Bern, 1999.
3. Hoffmann SO, Hochapfel G. *Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin*. 6. Aufl. Schattauer Verlag, Stuttgart, 1999; 345–62.
4. Beato-Fernández L, Rodríguez-Cano T, Pelayo-Delgado E, Calaf M. Are there gender-specific pathways from early adolescence psychological distress symptoms toward the development of substance use and abnormal eating behavior? *Child Psychiatry Hum Dev* 2007; 37: 193–203.
5. Pope HG Jr, Phillips KA, Olivarda R. *The Adonis Complex*. Free Press, New York, 2000.
6. Fichter MM, Daser C. Symptomatology, psychosexual development and gender identity in 42 anorexic males. *Psychol Med* 1987; 17: 409–18.
7. Woodside DB, Garfinkel PE, Lin E, Goering P, Kaplan AS, Goldbloom DS, Kennedy SH. Comparison of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 570–4.
8. Crisp AH, Burns T, Bhat AV. Primary anorexia nervosa in the male and female: a comparison of clinical features and prognosis. *Br J Med Psychol* 1986; 59: 123–32.
9. Benninghoven D, Tadlic V, Kunzendorf S, Jantschek G. Körperbilder männlicher Patienten mit Essstörungen. *Psychother Psych Med* 2007; 57: 120–7.
10. Köpp W, Grabhorn R, Herzog W, Deter HC, von Wietersheim J, Kröger F. Gibt es charakteristische Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Essgestörten? *Sexuologie* 1999; 6: 158–66.
11. Feldman MB, Meyer ICH. Eating disorders in diverse lesbian, gay and bisexual populations. *Int J Eat Disord* 2007; 40: 218–26.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)