

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung	3
2. Anorexia nervosa	5
2.1 Begriffsdefinition	5
2.2 Zur Geschichte des Störungsbildes	5
3. Magersucht bei Männern	7
3.1 Prävalenz	7
3.2 Symptomatik und Diagnose	8
3.3 körperliche Auswirkungen	11
3.4 Krankheitsverlauf und Komorbidität	12
3.5 Unterschiede zu Magersucht bei Frauen	14
3.6 Exkurs: Muskeldysmorphie	15
4. Prädisponierende und aufrechterhaltende Faktoren für Magersucht bei Männern..	18
4.1 Biologische und persönlichkeitspezifische Faktoren	18
4.1.1 Genetische Prädisposition	18
4.1.2 Persönlichkeitsmerkmale	20
4.1.3 Entstehungszusammenhang Pubertät/Adoleszenz	21
4.2 Familiäre Faktoren	22
4.2.1 Eltern-Sohn-Beziehung	22

4.2.2 Abgrenzung und Autonomie	23
4.3 Psychosoziale und soziokulturelle Faktoren	24
4.3.1 Körperunzufriedenheit	24
4.3.1.1 Einfluss von Familienangehörigen und des sozialen Umfelds	24
4.3.1.2 Einfluss des medial vermittelten Schönheitsideals auf das eigene Körperbild	27
4.3.1.3 Körperbildstörungen	29
4.3.2 Gesellschaftliche Männlichkeitsvorstellungen	32
4.3.2.1 Identitätsentwicklung entlang älterer und neuerer Rollenbilder	32
4.3.2.2 Krankheitsverleugnung aufgrund von Stigmatisierungsängsten	34
4.3.3 Entstehungszusammenhang Sport	37
5. Medizinische und therapeutische Hindernisse bei der Behandlung von Magersucht bei Männern	40
5.1 Diagnostische Hürden	40
5.2 Therapeutische Hürden	42
6. Über die Notwendigkeit einer geschlechtssensibleren fachlichen und gesellschaftlichen Aufklärung	44
7. Fazit	46
Literaturverzeichnis	48
Eidesstattliche Erklärung	56

1. Einleitung

Die Ursachen von Magersucht sind wissenschaftlich bislang nicht vollständig erfasst, da davon ausgegangen wird, dass die Entstehung dieser psychosomatischen Erkrankung durch ein Zusammenspiel von innerpsychischen Konflikten und unterschiedlichen soziokulturellen und gesellschaftlichen Faktoren begünstigt wird. Allerdings sind die unterschiedlichen Auslöser der Erkrankung bei Mädchen und Frauen insgesamt umfänglicher untersucht worden als bei Jungen und Männern. Dies hängt damit zusammen, dass das Krankheitsbild lange ausschließlich Frauen zugeschrieben wurde und männliche Betroffene erst in den letzten Jahren in den Fokus der Wissenschaft gerieten. Die Zahl der Arbeiten, die sich mit diesem Thema befassen und Magersucht bei Männern als eigenständiges Störungsbild betrachten, ist somit gering. Dass Männer durchaus an Magersucht erkranken können, ist mittlerweile jedoch unumstritten. Diese Arbeit fragt nach den medizinischen, soziokulturellen und geschlechtsspezifischen Faktoren, die das Entstehen und Aufrechterhalten einer Magersuchtsstörung speziell bei Männern beeinflusst. Zudem soll erörtert werden, welchen Stellenwert die männliche Magersucht innerhalb des medizinischen und gesellschaftlichen Diskurses einnimmt, und ob bzw. inwiefern in diesem Zusammenhang ein Handlungsbedarf besteht. Ziel dieser Arbeit ist es also, einen differenzierten Blick auf das Störungsbild und den Diskurs zu erlangen.

Eine Auseinandersetzung mit geschlechtsspezifischen Aspekten des Themas Magersucht bei Männern ist für Sozialarbeitende relevant, da sie beispielsweise im Bereich der Schulsozialarbeit oder auch in der Tätigkeit in sozialpsychiatrischen Beratungsstellen mit an Magersucht erkrankten Männern und Jungen konfrontiert werden können. Im Sinne der für die Soziale Arbeit grundlegenden Theorie der Lebensweltorientierung nach Thiersch besteht die Aufgabe von Sozialarbeiter*innen darin, den Menschen in seiner einmaligen Lebenswelt zu betrachten und zu unterstützen. Durch das Beleuchten der jeweiligen Zeit, des jeweiligen Raumes, sowie der jeweiligen Verhältnisse und Beziehungen, in die ein Mann mit einer Magersuchtsstörung hineingeboren wurde, können Fachkräfte der Sozialen Arbeit, neben Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen, die Betroffenen dabei unterstützen, einen gelingenden Alltag zu erschaffen (vgl. Grunwald/Thiersch 2004, 18).

Hier bedeutet dies konkret, etwa folgende Fragen zu stellen: Wie wird Männern mit Magersucht heute begegnet, wie hat sich der Umgang damit historisch entwickelt? In welchen sozia-

len und lokalen Zusammenhängen gewinnt dieses Thema an Bedeutung? Welche Rolle spielen familiäre Beziehungen und Mechanismen beim Entstehen einer männlichen Magersucht oder ihrer Behandlung? Welche Rolle spielen Peergroups, welche die Medien? Männer mit Essstörung dabei zu unterstützen, ihren Alltag gelingender zu gestalten, ist nur möglich, wenn sie als Teil des sie umgebenden Systems betrachtet werden und dieses in all seinen Aspekten beleuchtet wird. In dieser Arbeit soll eine solche differenzierte Sicht auf alle wichtigen Aspekte versucht und ein Überblick gegeben werden.

Die Arbeit ist wie folgt gegliedert: Zunächst erfolgen in Kapitel 2 eine Begriffseinordnung sowie ein kurzer geschichtlicher Überblick zum Störungsbild. Im Anschluss daran wird im 3. Kapitel die Magersuchtsstörung anhand der Symptomatik und der Diagnosekriterien, sowie der körperlichen Auswirkungen und des Krankheitsverlaufes vorgestellt, wobei wesentliche Unterschiede zur Erkrankung bei weiblichen Patientinnen hervorgehoben werden. Der Abschnitt endet mit einem Vergleich zwischen der Magersuchtsstörung und dem Syndrom der Muskeldysmorphie, da die Symptome einige Ähnlichkeiten zueinander aufweisen.

Im 4. Kapitel, das den Hauptteil dieser Arbeit bildet, werden neben den biologischen, persönlichkeitspezifischen und familiären Faktoren, die mit der Entstehung von Magersucht in Verbindung stehen, insbesondere die psychosozialen und soziokulturellen untersucht. Im Vordergrund stehen hierbei gesellschaftlich vorgegebene Körperbildideale und Männlichkeitsvorstellungen, die in diesem Kontext eine wesentliche Rolle spielen können. Darüber hinaus wird der Aspekt der Krankheitsverleugnung im Zusammenhang mit Stigmatisierungsängsten als zentraler Faktor diskutiert. Zum Abschluss des Kapitels wird untersucht, in welchem Verhältnis Sport und Magersucht zueinander stehen.

Schließlich werden im 5. Teil diagnostische und therapeutische Hürden bei der Behandlung erörtert, bevor in Kapitel 6 die Frage aufgeworfen wird, inwiefern eine geschlechtssensiblere Auseinandersetzung mit dem Störungsbild relevant sein kann.

2. Anorexia nervosa

Die „Anorexia nervosa“ (AN) zählt neben der „Bulimia nervosa“ (BN) sowie der „Binge-Eating-Störung“ (BES) zu den sogenannten Essstörungen (vgl. Habermas, 5f.). Da innerhalb der Forschung jedoch nicht ausschließlich die Bezeichnung der Anorexia nervosa verwendet wird, sondern die Erkrankungen auch als „Anorexie“ und „Magersucht“ bekannt ist, erfolgen zunächst eine Begriffseinordnung sowie ein kurzer Überblick zum medizingeschichtlichen Hintergrund des Störungsbildes.

2.1 Begriffsdefinition

Der Begriff „Anorexie“ geht auf den griechischen Begriff „anorexia“ zurück und wird mit „Appetitlosigkeit“ ins Deutsche übersetzt (vgl. Dudenredaktion, o.J., 08.01.2020: Anorexie). Als medizinischer Fachterminus beschreibt Anorexie einen Mangel an Appetit, der u.a. im Rahmen von körperlichen Beschwerden in der Mund-, Magen- oder Darmregion auftreten kann, sowie als vorübergehende Begleiterscheinung bei Schwangerschaften zu finden ist (vgl. Margarf/Maier 2012, 58). Viel geläufiger und häufiger anzutreffen ist der Begriff allerdings im Zusammenhang mit diagnostizierten Essstörungen. Sowohl Ärzt*innen als auch medizinische Laien verwenden den Ausdruck „Anorexie“ als Kurzform für Anorexia nervosa. An dieser Stelle wird darauf hingewiesen, dass der Begriff „Anorexie“ in dieser Ausarbeitung ausschließlich im Kontext der Essstörungserkrankung der Anorexia nervosa verwendet wird. Überdies wird der Begriff „Magersucht“ heutzutage gleichwohl umgangssprachlich als auch von Expert*innen im deutschsprachigen Raum synonym für die Diagnosebezeichnung AN verwendet (vgl. Vandereycken/von Deth/Meermann 2003, 221).

2.2 Zur Geschichte des Störungsbildes

Der im England des 19. Jahrhunderts praktizierende Arzt Gull verwendete den Fachterminus der „Anorexia nervosa“ erstmals im Jahr 1873 (vgl. Habermas 1994, 64). Gull betrachtete die

Magersucht als eigenständiges psychosomatisches Krankheitsbild, weswegen er mit dem Zusatz „nervosa“ auf den nervlich bedingten Aspekt der Magersucht bzw. der Appetitlosigkeit hinwies. Zeitgleich veröffentlichte Lasègue Ergebnisse von Falldarstellungen, in denen er psychologische und soziale Entstehungsbedingungen beschrieb (vgl. Winter/Neubauer 2019, 29). Damit stellten Gull und Lasègue die zu dieser Zeit überwiegend vorherrschende medizinische Ansicht infrage, dass der Mangel an Appetit allein auf körperliche Ursachen zurückzuführen sei (vgl. Vandereycken/von Deth/Meermann 2003, 207). Beide Autoren betonen zum einen, dass die AN aufgrund besonderer psychischer Ursachen entsteht. Zum anderen heben sie die fehlende Krankheitseinsicht der Betroffenen deutlich hervor (vgl. Friederich et. al. 2014, 5). Seit diesen ersten Veröffentlichungen wird die Magersuchtsstörung gleichermaßen im Hinblick auf psychische, biologische und gesellschaftliche Faktoren hin untersucht, wobei auffallend selten männliche Erkrankte betrachtet werden (vgl. Winter/Neubauer 2019, 29). Überdies kritisiert heutzutage eine Vielzahl von Ärzt*innen den Begriff „Anorexia nervosa“, da die Betroffenen nicht an einem fehlenden Hungergefühl leiden, sondern dieses, zumindest zu Beginn der Erkrankung, willentlich unterdrücken, um ihr Körpergewicht zu reduzieren. So ist u.a. Vandereycken, belgischer Professor für Psychiatrie an der Katholischen Universität Leuven, der Ansicht, dass es treffender sei, die Bezeichnung „Magersucht“ statt „Anorexia nervosa“ zu verwenden (vgl. Vandereycken/von Deth/Meermann 2003, 13).

In den 1960er Jahren ließ sich eine Zunahme von Essstörungserkrankungen bei jungen Frauen (vor allem in den USA) beobachten, woraufhin das wissenschaftliche Interesse daran anwuchs. Im Zuge dessen veröffentlichte die deutsch-amerikanische Psychoanalytikerin Bruch 1978 ein Buch namens „The Golden Cage: The Enigma of Anorexia Nervosa“, basierend auf klinischen Fallbeispielen zumeist junger Frauen (vgl. Winter/Neubauer 2019, 29). Bruchs wissenschaftliche Erkenntnisse haben Friedrich et al. Einschätzung nach „auf entscheidende Weise das Bewusstsein und das Verständnis für die Erkrankung nicht nur bei Ärzten und Therapeuten, sondern auch in der Bevölkerung geprägt und geschärft“ (Friederich et. al. 2014, 5). Infolgedessen wurden Essstörungen immer mehr zum Medienthema und in der Öffentlichkeit bekannter. Viele weibliche Betroffene trauten sich erstmals, über ihre Magersuchtsproblematiken zu berichten, woraufhin eine Vielzahl Mädchenspezifischer Präventionsprogramme konzipiert wurde, die bis heute weit verbreitet sind (vgl. Winter/Neubauer 2019, 29)

3. Magersucht bei Männern

Anorexia nervosa galt – und gilt teilweise noch immer – in medizinischen Fachkreisen als eine typische Frauenkrankheit, da die Mehrheit der Betroffenen weiblich ist. Jedoch betrafen Essstörungen vermutlich schon immer sowohl Männer als auch Frauen, auch wenn sie bis heute hauptsächlich in Bezug auf weibliche Patientinnen diskutiert werden (vgl. Winter/Neubauer 2019, 29). Obgleich gerade anhand neuerer Forschungsergebnisse immer deutlicher wird, dass Männer ebenso an AN erkranken können, ist dies kein neues Phänomen. In der Medizingeschichte kamen schon immer Fälle von männlicher Magersucht zur Sprache. Hierbei ist vor allem Richard Morton zu nennen, der im Jahr 1689 – also bereits ca. 200 Jahre vor Gulls und Lasègues Veröffentlichungen – den drastischen Gewichtsverlust eines 16-jährigen Jungen als „nervous consumption caused by sadness and anxious cares“ beschrieb (vgl. Mangweth-Matzek 2015, 92). Allerdings erhielten Untersuchungen, die an Männern vollzogen wurden, stets wenig Beachtung, sodass sich die Mehrzahl der Forscher auf die AN bei Frauen fokussierte (vgl. Vandereycken/von Deth/Meermann 2003, 146).

Im folgenden Kapitel werden sowohl die Diagnosekriterien als auch die Symptomatik mit ihren körperlichen Begleiterscheinungen sowie der Krankheitsverlauf von männlicher AN beleuchtet.

3.1 Prävalenz

Die sogenannte Prävalenz beschreibt die Gesamtzahl der Erkrankungsfälle eines bestimmten Störungsbildes in der Bevölkerung (vgl. Fichter 2015, 46). Die Prävalenzrate gibt einen Überblick darüber, wie häufig eine Erkrankung innerhalb der gesamten Bevölkerung oder innerhalb einer bestimmten Bevölkerungsgruppe, wie z.B. unter Männern, Frauen oder Jugendlichen auftritt. Die sogenannte 12-Monats-Prävalenz – das heißt die Anzahl der Fälle, die im Laufe eines Jahres durchschnittlich erfasst wurden – von Anorexia nervosa wird bei jungen Frauen mit geschätzten 0,4% angegeben (vgl. APA 2015, 467). Das bedeutet, dass pro Jahr von 1000 Frauen durchschnittlich vier an AN erkrankt sind. Für Männer hingegen wird keine

offizielle Prävalenzrate mit der Begründung aufgeführt, dass zu wenige Kenntnisse darüber bestehen würden (vgl. ebd.).

Der Anteil von an Magersucht erkrankten Männern an der Gesamtzahl der Betroffenen wird mit 10% (in klinischen Populationen) angegeben (vgl. APA 2015, 467). Dies spiegelt auch die in Fachkreisen überwiegend vorherrschende Annahme wieder, dass das Geschlechterverhältnis (Frau zu Mann) von AN bei 10 zu 1 liegt (vgl. Mangweth-Matzek 2015, 92). Da das Erkrankungsbild der Magersucht überwiegend weiblichen Personen zugeschrieben wird, gibt es im Allgemeinen wenige Stichprobenerhebungen zur Häufigkeit von Magersucht bei Männern. Hinzu kommt der Umstand, dass Männer sich seltener in ärztliche Behandlungen begeben und, falls der Schritt zum Arzt bzw. zur Ärztin doch erfolgt, Symptome teilweise nicht richtig gedeutet werden, sodass es zu Fehldiagnosen kommt (vgl. Waschescio 2019, 4). Näheres dazu folgt in Kapitel 5.1. Bereits im Jahr 1985 vermutete Fichter, derzeit Professor in der Psychiatrischen Universitätsklinik München, aus diesem Grund, dass die Prävalenz von magersüchtigen männlichen Jugendlichen höher sei als angenommen (vgl. Fichter 1985, 165; zit. n. Stahr/Barb-Priebe/Schulz 2003, 34). Auch heute, über 30 Jahre später, ist weiterhin anzunehmen, dass die Anzahl an anorektischen Männern deutlich unterschätzt wird (vgl. Mangweth-Matzek 2015, 96).

3.2 Symptomatik und Diagnose

Jungen und Männer mit AN zeigen ähnliche Symptome wie Frauen mit dem gleichen Störungsbild. Zu den Kernsymptomen zählt die übermäßige Angst an Gewicht zuzunehmen, eine damit einhergehende massive Furcht vor dem Essen sowie eine permanente Beschäftigung mit dem eigenen Körpergewicht und der Nahrungsaufnahme (vgl. Mangweth-Matzek 2015, 95).

Es gibt derzeit zwei große international anerkannte Klassifikationssysteme, die zur Diagnosestellung von psychischen Störungen, demzufolge auch der Anorexia nervosa, herangezogen werden. Zum einen die „International Classification of Diseases“ (Internationale Klassifikation psychischer Störungen), kurz ICD, herausgegeben von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (vgl. Dilling/Mambour/Schmidt 2015). Zum anderen das von der American Psych-

iatic Association (APA) veröffentlichte „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen), kurz DSM (vgl. APA 2015). Das DSM gilt als Referenzwerk für die wissenschaftliche Forschung, wohingegen im klinischen Bereich überwiegend die ICD genutzt wird (vgl. Waschescio 2019, 7). Beide Systeme listen Kriterien auf, anhand derer psychische Erkrankungen von Ärzten diagnostiziert werden.

Um die neuesten Entwicklungen und Erkenntnisse innerhalb der medizinischen Forschung abbilden zu können, werden beide Klassifikationssysteme in einem Zeitabstand von 10-15 Jahren überarbeitet und neu herausgegeben. Die derzeit gültige Version der ICD ist die 10. Überarbeitung aus dem Jahr 2016 und wird „ICD-10“ genannt; die aktuellste Fassung des DSM ist das „DSM-5“ von 2018 (vgl. Hogrefe Verlag, 04.01.2020: ICD und DSM). Die 11. Überarbeitung der ICD, die sogenannte „ICD-11“, wurde im Mai 2019 von der Weltgesundheitsversammlung verabschiedet und soll offiziell ab Januar 2022 gelten (vgl. WHO, 04.01.2020: Classifications).

Im Rahmen dieser Arbeit wird lediglich eines der beiden Klassifikationssysteme herangezogen. Da die in Kürze erscheinende ICD-11 der Struktur des DSM-5 nahezu entsprechen wird, wurde letzteres gewählt (vgl. Hogrefe Verlag, 04.01.2020: ICD und DSM). Nachstehend werden die im Kapitel „Fütter- und Essstörungen“ aufgelisteten Kriterien des DSM-5 für Anorexia nervosa abgebildet:

(F50.0) Diagnostische Kriterien
<p>A. Eine in Relation zum Bedarf eingeschränkte Energieaufnahme, welche unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Entwicklungsverlauf und körperlicher Gesundheit zu einem signifikant niedrigen Körpergewicht führt. <i>Signifikant niedriges Gewicht</i> ist definiert als ein Gewicht, das unterhalb des Minimums des normalen Gewichts oder, bei Kindern und Jugendlichen, unterhalb des minimal zu erwartenden Gewichts liegt.</p> <p>B. Ausgeprägte Angst vor einer Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden, oder dauerhaftes Verhalten, das einer Gewichtszunahme entgegenwirkt, trotz des signifikant niedrigen Gewichts.</p> <p>C. Störung in 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 gegenwärtigen geringen Körpergewichts.</p>

Subtypen:

(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 übermäßig 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. selbstherbeigeführtes Erbrechen oder Missbrauch von Laxanzien, Diuretika oder Klistieren) gezeigt.

Tab.: Diagnosekriterien zur Anorexia nervosa nach dem DSM-5 (vgl. APA 2015, 463 f.)

Die Kriterien werden um eine Klassifikation des jeweiligen Schweregrades der AN ergänzt, der nach dem sogenannten Body-Mass-Index (BMI) bestimmt wird (vgl. APA 2015, 464). Der BMI wurde erschaffen, um vergleichbare Gewichtsklassen unter Berücksichtigung des Alters, der Körpergröße und des Geschlechts abbilden zu können. Errechnet wird er, indem das Gewicht eines Menschen in Kilogramm (die Körpermasse) durch das Quadrat der Körperlänge in Metern geteilt wird, die Formel lautet also: kg/m^2 (vgl. Simchen 2016, 88). Gemäß der Gewichtsgrenzen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) weisen normalgewichtige erwachsene Personen einen BMI von 18,5-24,9 auf (vgl. WHO, 09.01.2020: BMI). Ab einem BMI von <18,5 spricht man von einer Magersucht, die wiederum im DSM-5 wie folgt unterteilt wird (vgl. APA 2015, 464):

Leicht: $\text{BMI} \geq 17 \text{ kg/m}^2$

Mittel: $\text{BMI} 16\text{-}16,99 \text{ kg/m}^2$

Schwer: $\text{BMI} 15\text{-}15,99 \text{ kg/m}^2$

Extrem: $\text{BMI} < 15 \text{ kg/m}^2$

Nach einer Vielzahl von Untersuchungen und Tests, anhand derer differenzialdiagnostisch für den Gewichtsverlust sowohl organische Ursachen als auch andere psychische Erkrankungen als Hauptursache ausgeschlossen werden können, kann ein*e Ärzt*in mit Hilfe der oben genannten Kriterien einen Diagnosebefund erstellen. Dieser kann auch zur Abgrenzung von den mit der AN verwandten Essstörungen BN und BES dienen (vgl. Schweiger 2015, 36 ff.)

Für die Behandlung von Magersucht ist eine korrekte Diagnosestellung in besonderem Maße entscheidend, da die AN „eine der am schwersten zu behandelnden psychischen Erkrankungen mit einem hohen Risiko zur Chronifizierung, die nicht selten tödlich endet“ darstellt (Simchen 2016, 40). Die „richtige“ Diagnosevergabe bildet daher die wichtigste Voraussetzung dafür, dass rasch angemessene therapeutische Maßnahmen eingeleitet werden können. Jedoch wurden Männer bis 2013 entsprechend dem DSM-IV in der Symptomaufzählung nicht berücksichtigt, da eine der Bedingungen, welche für die Diagnose einer AN vorausgesetzt wurde, das Vorliegen einer primären oder sekundären Amenorrhoe war, also das Ausbleiben der Menstruation (vgl. Waschescio 2019, 4). Folglich wurden Männer nach den DSM-IV-Richtlinien kategorisch von der Diagnose AN ausgeschlossen, auch wenn die anderen Kriterien zutrafen (vgl. Mangweth-Matzek 2015, 95). Stattdessen wurden männliche Betroffene laut Mitchison und Mond sehr häufig der Restkategorie der sogenannten unspezifischen „nicht näher bezeichneten Essstörung“ („Eating Disorder Not Other Specified“, EDNOS) im DSM-IV zugeordnet (vgl. Mitchison/Mond 2015, 1). Eine US-amerikanische Studie ergab, dass 83% der an einer Essstörung erkrankten Männer der EDNOS zugeordnet wurden (vgl. ebd.). Erst als Ärzt*innen gehäuft kritisierten, dass die AN-Merkmale zu stark auf Frauen ausgerichtet seien, wurde das Amenorrhoe-Kriterium in der Neuauflage des DSM-5 letztlich gestrichen. Infolgedessen werden im DSM-5 keine Angaben mehr zur hormonellen Veränderung aufgeführt; in der ICD-10 wird das Amenorrhoe-Kriterium im Rahmen des „Vorhandensein von endokrinen Störungen“ genannt. Hier wird jedoch auch ein männliches Äquivalent aufgelistet, nämlich ein etwaiger Libido- und Potenzverlust (vgl. Waschescio 2019, 4). Darüber hinaus ist eine Diagnosestellung für Fachleute im medizinisch-therapeutischen Bereich zumeist schwierig, da sich sowohl weibliche als auch männliche Betroffene eine Magersuchtsstörung oftmals selbst nicht eingestehen können und teilweise vor Ärzten abstreiten (vgl. ebd.). Dieser Aspekt wird in Kapitel 4.3.2.2 weiter vertieft.

3.3 Körperliche Auswirkungen

Die Magersucht hat einen schädigenden Einfluss auf den gesamten Körper, wobei die augenscheinlichste Folge die starke Abmagerung ist. In besonders schweren Fällen von AN führt

diese zu einer lebensbedrohlichen Abnahme der Muskelmasse und dem Abbau der Speicherfett-Depots („Kachexie“) (vgl. Margarf/Maier 2012, 57; 467; 587).

Zudem führt die permanente Unterernährung zu Störungen des Herz-Kreislauf-Systems. Infolgedessen leiden magersüchtige Frauen und Männer häufig unter Herzrhythmusstörungen und einer niedrigen Herzfrequenz von unter 60 Herzschlägen pro Minute („Bradykardie“), sowie einem niedrigen Blutdruck („Hypotonie“). Dies führt zu Schläppheit, Müdigkeit, Kopfschmerzen und Schwindel oder sogar zu Ohnmachtsanfällen (vgl. ebd., 57; 429). Hinzu kommt eine niedrige Körpertemperatur, die sich durch stetiges Frieren und Schüttelfrost äußert. Der Organismus reagiert auf den Gewichtsverlust, indem er versucht, weniger Energie aufzuwenden („Hypothermie“) (vgl. ebd., 429; vgl. Stahr/Barb-Priebe/Schulz 2003, 39). Weiter kann es aufgrund von Durchblutungsstörungen sowohl bei Männern als auch bei Frauen mit AN zu einer bläulich-roten Verfärbungen der Haut kommen, wie beispielsweise an Händen und Fingern („Akrozyanose“) (vgl. Margarf/Maier 2012, 57; 23). Eine mangelnde Nährstoffversorgung kann darüber hinaus zu sichtbaren Hautveränderungen führen, etwa zu trockenen, rauen und schuppigen Hautpartien sowie Haarausfall (vgl. ebd., 57). Einige Erkrankte entwickeln zum Teil eine feine flaumartige Behaarung an Rücken, Wangen und Unterarmen – es wird vermutet, dass dies eine Maßnahme des Körpers zum Wärmeschutz bei gestörter Temperaturregulation ist („Lanugobehaarung“) (vgl. Margarf/Maier 2012, 57; 521).

Neben den Folgestörungen des Herz-Kreislauf-Systems und den Hautauffälligkeiten kann eine Magersucht auch eine Abnahme von Knochengewebe beschleunigen („Osteopenie“), die wiederum zur Erkrankung des Skeletts und einer verminderten Knochenmasse führen kann („Osteoporose“) (vgl. Margarf/Maier 2012, 57; 634). Dies hat ein erhöhtes Risiko für Knochenbrüche zur Folge (vgl. APA 2015, 469).

Zudem hat sich gezeigt, dass männliche Anorektiker neben einem Libido- und Potenzverlust meist einen niedrigen Testosteronspiegel aufweisen (vgl. Dechêne 2008, 20).

3.4 Krankheitsverlauf und Komorbidität

Die Magersucht entwickelt sich bei Betroffenen häufig während der Adoleszenz (vgl. Mangweth-Matzek 2015, 92). In der Zeit der Geschlechtsreife gewinnen Jungen Muskelmasse

dazu, was mit einer deutlichen Gewichtszunahme einhergeht (vgl. ebd.). Meist beginnt dieser Prozess der körperlichen Veränderung bei ihnen später als bei Mädchen, da ihre Pubertät in der Regel erst zwei Jahre nach dem Pubertätsbeginn der Mädchen einsetzt (vgl. Dechêne 2008, 21).

Es gibt aber auch Männer, die erst im frühen Erwachsenenalter an AN erkranken. Dabei ist der Auslöser oftmals ein als belastend empfundenenes Lebensereignis (vgl. Kersting 2007, 178). Der Magersucht geht ein gestörtes Essverhalten voraus, das sich meist während mehrerer Diätversuche ausgebildet hat (vgl. Stahr/Barb-Priebe/Schulz 2003, 35). Die Entwicklung eines Diätverhaltens ist bei Männern häufig eine Reaktion auf reales Übergewicht, d.h. eines BMI >25; junge Frauen hingegen verringern ihre Nahrungsaufnahme meist unabhängig vom tatsächlichen Körpergewicht (vgl. Mangweth-Matzek 2015, 93). Nachdem ein anfänglich angestrebtes Körpergewicht erreicht ist, beginnt der Prozess des Abnehmens im Falle einer Magersucht an dieser Stelle, sich zu verselbstständigen (vgl. Stahr/Barb-Priebe/Schulz 2003, 47). Das gestörte Essverhalten manifestiert sich immer stärker und führt zur Ausbildung des Krankheitsbildes der Anorexia nervosa (vgl. Kersting 2007, 178).

Das Aufrechterhalten der Essstörung kann sowohl durch individuelle und familiäre Faktoren als auch durch soziokulturelle Faktoren beeinflusst werden (vgl. ebd.). Der weitere Verlauf und Ausgang der Essstörung ist daher nicht vorhersehbar. Es gibt Betroffene, die über Jahre hinweg mit ihrer Erkrankung leben, aber auch solche, die bereits nach einer Episode magersüchtigen Verhaltens symptomfrei sind, während andere Erkrankte wiederum nach einer längeren Phase der Gewichtsstabilisierung erneut rückfällig werden (vgl. APA 2015, 467). Zudem ist das Suizidrisiko bei magersüchtigen Personen erhöht; es liegt bei 12:100 000 pro Jahr (vgl. ebd., 470).

Aufgrund der unzureichenden Datenlage gibt es keine eindeutigen Belege zum Krankheitsverlauf speziell von männlichen anorektischen Patienten. Es gibt kleinere Studien, die auf eine ähnlich hohe Mortalitätsrate (Anzahl der Todesfälle bei erkrankten Personen im Vergleich zur erwarteten Todesrate in der Vergleichspopulation) bei Männern wie bei Frauen hindeuten, und wiederum andere, deren Ergebnisse auf einen positiveren Krankheitsverlauf schließen lassen (vgl. Fichter 2015, 46; vgl. Mangweth-Matzek 2015, 96). Zu den wesentlichen Faktoren für eine sogenannte Remission, also den kompletten oder teilweisen Rückgang der Krankheitssymptome, zählen ein kurzer Krankheitsverlauf und eine früh ansetzende auf AN zugeschnit-

tene Behandlung (vgl. Margarf/Maier 2012, 749). Darüber hinaus kann ein den Patienten unterstützendes soziales Netzwerk den Behandlungserfolg erhöhen. Auch ist eine geringe Komorbiditätsrate entscheidend. Der Begriff „Komorbidität“ bezeichnet das gleichzeitige Vorhandensein von zwei oder mehr Krankheiten, die diagnostisch voneinander zu unterscheiden sind (vgl. ebd., 488). Das bedeutet, dass die Genesungschancen eines oder einer von Magersucht Betroffenen höher sind, je weniger Krankheiten parallel zur Magersucht auftreten (vgl. Mangweth-Matzek 2015, 96). Allerdings weisen sie häufig komorbide psychische Krankheiten auf, wobei teilweise nicht eindeutig festzustellen ist, ob die jeweiligen Symptome bereits vor der AN bestanden, oder ob diese gleichzeitig oder erst nach dieser aufgetreten sind (vgl. APA 2015, 471). Auffällig ist hierbei, dass Männer mit Essstörungen eine erhöhte Komorbiditätsrate (60-80%) vor allem bei affektiven Störungen, Angststörungen sowie Substanzmissbrauch bzw. Substanzabhängigkeit aufweisen (vgl. Mangweth-Matzek 2015, 95).

3.5 Unterschiede zu Magersucht bei Frauen

Oftmals sind die Symptome und der Krankheitsverlauf von AN bei Männern und Frauen ähnlich. Jedoch gibt es auch einige Unterschiede hinsichtlich der Art und Weise sowie der Motivation der selbst initiierten Gewichtsreduktion der Betroffenen (vgl. Mangweth-Matzek 2015, 93).

Das kontrollierte Essverhalten ist ein wesentlicher Bestandteil der Magersuchterkrankung und beginnt häufig mit der ersten Diät (vgl. ebd., 92). Dies geschieht lange bevor sich gestörte Verhaltensweisen bezüglich des Essens ausgebildet haben und zum Krankheitsbild der Anorexia nervosa manifestierten. Der Psychotherapeutin Mangweth-Matzek von der Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin in Innsbruck zufolge beginnen Männer eine Diät in der Regel, weil sie Verspottungen aufgrund eines realen Übergewichts stoppen wollen. Im Vergleich dazu weisen Frauen oft ein Normalgewicht auf, bevor sie zum ersten Mal beginnen, ihre Nahrungsaufnahme einzuschränken (vgl. ebd., 93). Zudem greifen Männer seltener auf chemische Maßnahmen zurück als Frauen und verwenden weniger Abführmittel, Diätpillen und harntreibende Medikamente zur Regulierung des Gewichts (vgl. Dechêne 2008, 21).

Des Weiteren ist das exzessive Sporttreiben ein von beiden Geschlechtern genutztes Mittel, um das Körpergewicht zu reduzieren. Jedoch sehen Männer darin die Möglichkeit, die eigene

sportliche Leistungsfähigkeit steigern zu können (vgl. Mangweth-Matzek 2015, 92). Bei Frauen ist der Leistungsgedanke eher untergeordnet, da es bei der sportlichen Betätigung vor-dergründig darum geht, an Gewicht zu verlieren, beispielsweise mit dem Resultat eines flachen Bauchs (vgl. Murray 2017, 3). Darüber hinaus zeigte eine klinischen Studie, dass Männer mit AN übermäßiges sportliches Training eher zur Effektre- gulation nutzen als Frauen mit AN (vgl. ebd.). Zudem unterscheiden sich die Geschlechter ebenso hinsichtlich der Vorstellung des idealen Körperbaus. Während Frauen, die später an AN erkranken, einen möglichst dünnen Körper anstreben, ist für Männer, die im Verlauf ein magersüchtiges Essverhalten entwickeln, eine Körperkonstitution erstrebenswert, die sich neben der Schlankheit vor allem durch eine starke Muskelmasse auszeichnet (vgl. Benninghoven et al. 2007, 120).

Zwei weitere Faktoren, welche die Motivation zur Gewichtsreduktion von Männern von der von Frauen unterscheiden, sind etwa der Wunsch, damit anderen Erkrankungen vorzubeugen, oder die Hoffnung auf steigende Chancen bei der Partnersuche (vgl. Mangweth-Matzek 2015, 93).

3.6 Exkurs: Muskeldysmorphie

Seit einigen Jahren interessieren sich Mediziner*innen und Wissenschaftler*innen vermehrt für ein Syndrom, das oberflächlich betrachtet zunächst wenig Ähnlichkeit mit einer Essstörung wie der Magersucht hat (vgl. Waschescio 2019, 11). Sie teilen die Ansicht, dass die sogenannte „Muskeldysmorphie“ (MD), also der übersteigerte Wunsch nach einem muskulösen Körper, als eine spezifisch männliche Form von Essstörungen angesehen werden kann (vgl. ebd.). Laut Waschescio, Diplom-Psychologin und psychologische Psychotherapeutin, die u.a. als Referentin zum Thema Essstörungen tätig ist, beschreibt die MD

„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“ (ebd.).

Interessanterweise erscheinen die Jungen und Männer zumeist alles andere als schwäch- tigt und weisen eine überdurchschnittliche Muskularität auf, die sie jedoch nicht davor schützt,

den verzweifelten Wunsch zu hegen, Fettgewebe ab- und Muskelmasse aufzubauen, um ihren Körper athletischer zu formen (vgl. ebd.).

Da dieses Syndrom nicht den Essstörungen zugeordnet ist, wird es im DSM-5 als körperdysmorphe Störung klassifiziert und in der ICD-10 den hypochondrischen Störungen zugeschrieben (vgl. ebd.). Zudem werden in der Literatur die Begriffe „Adonis-Komplex“, „Muskel sucht“, „Bigorexie“ oder „Biggerexie“ synonym für die Bezeichnung des Syndroms verwendet (vgl. ebd., 3). Waschescio bezieht sich in ihren Ausführungen zur MD auf Popes Erkenntnisse und fasst zusammen, dass dieser zu Beginn den Begriff „Bigorexie“ (bigorexia), anschließend den Namen „umgekehrte Anorexie“ (reverse anorexia) und zuletzt die auch heute zumeist verwendete Bezeichnung der „Muskeldysmorphie“ (muscle dysmorphia) verwendete und prägte (vgl. ebd., 11). Zur Prävalenz gibt es aufgrund fehlender Studien keine Angaben, wobei angenommen wird, dass MD bei Jungen und Männern vergleichbar häufig auftritt wie die Magersuchtsstörung bei Frauen und Mädchen (vgl. Grieve/Truba/Bowersox 2009, 306 ff.; vgl. Waschescio 2019, 11).

Die MD wurde erstmalig im Jahr 1997 in einem wissenschaftlichen Artikel von Pope und Kolleg*innen beschrieben (vgl. Pope 1997, 548). Die Ergebnisse basieren auf einer Befragung von Bodybuildern, die nach eigenen Angaben mit ihrem Körperbau unzufrieden waren. Die Untersuchung bestand sowohl aus Messungen zu Größe, Gewicht und dem jeweiligen Körperfettanteil, als auch einem persönlichen Interview zu den spezifischen Vorstellungen und Einstellungen, welche die Probanden zu ihrem Körper hatten (vgl. Pope/Phillips/Olivardia 2001, 20 ff.). Es zeigte sich, dass viele der Befragten trotz stark muskulösen Körpern massive Selbstzweifel und Ängste bezüglich ihres Aussehens und ihren Körperproportionen in sich trugen. Diese Körperunzufriedenheit trieb sie unter anderem dazu an, täglich stundenlange körperliche Trainingseinheiten zu absolvieren und sich permanent mit einer optimal ergänzenden Ernährung auseinanderzusetzen, sodass ihr berufliches und ihr soziales Umfeld negativ davon betroffen waren. Auffällig ist dabei vor allem, dass die überwiegende Mehrheit der Befragten bis zu diesem Zeitpunkt nicht in Erwägung gezogen hatte, sich ärztliche Hilfe zu suchen, da sie der Ansicht waren, dass kein*e Ärzt*in ihre Beschwerden verstehen würde (vgl. ebd.).

In Popes Ausführungen zu den Kernmerkmalen einer MD fokussierte er insbesondere das obsessive Trainingsverhalten, das die betroffenen Männer alle gemeinsam hatten. In der neueren

Forschung hingegen wird die muskeldysmorphie Störung verstärkt „als männliches Äquivalent zur Anorexie diskutiert“, weswegen es auch notwendig erscheint, sie in dieser Arbeit anzuführen (vgl. Waschescio 2019, 3). Diese Fokusverschiebung innerhalb der Forschung basiert auf der Beobachtung, dass Jungen und Männer mit MD ähnliche Symptome und Merkmale zeigen wie solche mit einer diagnostizierten AN. Waschescio beschreibt den Vergleich wie folgt:

„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“ (ebd., 11).

Auffällig ist zudem ein sich stark ähnelndes gestörtes Essverhalten, das auf strikten selbstauferlegten Ernährungsregeln basiert. Fett- und zuckerhaltige Lebensmittel werden zumeist gemieden und die Nahrungsaufnahme erfolgt innerhalb festgelegter Zeitfenster ungeachtet eines möglicherweise aufkommenden Hungergefühls (vgl. ebd., 12). Sehr häufig reagieren MD-Betroffene, ähnlich wie an AN Erkrankte, bei Planabweichungen mit Gefühlen von Angst und Stress sowie Schuldgefühlen und einem negativen Körpererleben bzw. Körpergefühl. Dies kann zu einer Erhöhung des Trainingspensums führen, um die vermeintlich zu viel zugeführten Kalorien zu kompensieren. Hinzukommend zeigen Patienten beider Störungen ähnliche Rückzugstendenzen, da die Hauptbeschäftigung des Tages darin besteht, das genau kalkulierte Bewegungs- und Ernährungsprogramm einzuhalten (vgl. ebd.).

Diese Gemeinsamkeiten veranlassen Forscher*innen wie Mangweth-Matzek, das Verhältnis zwischen MD und AN als „vergleichbar, nur ‚umgekehrt‘“ zu beschreiben (Mangweth-Matzek, 94).

4. Prädisponierende und aufrechterhaltende Faktoren für Magersucht bei Männern

Es gibt bislang kein einheitliches empirisch belegtes Modell zur Entstehung und Aufrechterhaltung einer Magersuchtserkrankung – weder im Hinblick auf Frauen, noch auf Männer (vgl. Resmark, 80). Es wird daher von einer „multikausalen Pathogenese“ ausgegangen (vgl. Mangweth-Matzek, 95). Dies bedeutet, dass an der Entstehung und Aufrechterhaltung einer AN eine Vielzahl von Faktoren beteiligt ist, die in Kombination das Entstehen eines gestörten Essverhaltens beeinflussen. Dabei kann zwischen prädisponierenden Faktoren und aufrechterhaltenden Faktoren unterschieden werden. Als prädisponierende Faktoren werden persönliche Merkmale oder Umweltbedingungen eines Menschen bezeichnet, die bereits vor dem Auftreten der Störung über längere Zeit bestanden haben und auch nach dem Beginn einer Magersuchtserkrankung weiterhin wirksam sein können (vgl. Resmark, 80). Demgegenüber beschreiben aufrechterhaltende Faktoren bestimmte Bedingungen, die dazu beitragen, dass eine Magersuchtserkrankung weiterhin bestehen bleibt, und die zumeist eng mit den prädisponierenden Faktoren zusammenhängen (vgl. ebd., 82).

Entlang der Unterteilung in biologische und persönlichkeitspezifische, familiäre, psychosoziale und soziokulturelle Faktoren – in Anlehnung an Resmarks Einteilung (vgl. ebd., 80) – erörtert das folgende Kapitel mögliche biologische, individuelle sowie gesellschaftliche Bedingungen und Zusammenhänge, die bei der Entstehung und Aufrechterhaltung männlicher Magersucht wesentlich sein können.

4.1 Biologische und persönlichkeitspezifische Faktoren

4.1.1 Genetische Prädisposition

Die Magersuchtserkrankung gilt als eine psychische Störung. Es wird davon ausgegangen, dass die Anorexia nervosa ein Zeichen dafür ist, dass die psychische Gesundheit eines Menschen ins Ungleichgewicht geraten ist. Dies basiert auf der Annahme, dass die Erkrankung nicht auf körperliche, sondern auf psychosoziale Ursachen zurückzuführen ist (vgl. Frieling/Bleich/Hinney 2015, 114). Jedoch vermuteten in den letzten Jahren immer mehr Forscher*in-

nen aufgrund der Ergebnisse von durchgeführten Zwillings- und Familienstudien, dass auch eine erbliche Komponente an der Entstehung von Essstörungen beteiligt sein könnte (vgl. ebd.). So weist Herpertz-Dahlmann darauf hin, dass beispielsweise Strober im Jahr 2000 zu dem Ergebnis kam, dass bei Familienmitgliedern von AN-Patientinnen und BN-Patientinnen die Prävalenz von Essstörungen um das 7- bis 12-fache höher ist als bei jenen von gesunden Kontrollpersonen. Neben dem erhöhten Risiko für die Entstehung einer AN haben Verwandte von an Magersucht erkrankten Frauen und Mädchen auch ein höheres Risiko für das Ausbilden von BN sowie atypischen Essstörungen als die Verwandten von nicht an Essstörungen erkrankten weiblichen Kontrollpersonen (vgl. Herpertz-Dahlmann 2005, 255f.; vgl. Strober et al. 2000, 396). Hier schließt sich die Frage an, wie sich das familiäre Häufigkeitsaufkommen bei männlichen Magersüchtigen darstellt, worauf Strober erneut Hinweise geben kann. Dieser veröffentlichte im Jahr 2001 eine weitere Studie zu der familiären Häufung von Essstörungen, bei der ausschließlich Männer mit AN und deren Verwandte untersucht wurden (vgl. Strober et al. 2001, 263 ff.). Es ist auffällig, dass sich die Ergebnisse mit denen der Familienstudie mit weiblichen AN-Patientinnen stark ähneln, weswegen Strober zu der Schlussfolgerung kommt, dass sich die familiengenetische Faktoren für das Auftreten von AN bei magersüchtigen Männern und Frauen nicht unterscheiden (vgl. ebd.). Zudem zeigt die Tatsache, dass in zwei Studien ein sich ähnelndes Studienergebnis erzielt wurde, dass das Risiko, an einer Magersucht zu erkranken, tatsächlich genetisch mitbedingt sein könnte.

Diese Annahme wurde im Jahr 2017 erstmals von Duncan und einem internationalen Forscher*innenteam bestätigt, indem anhand der Daten von 3495 AN-Patientinnen eine genetische Veranlagung nachgewiesen werden konnte (vgl. Duncan et al. 2017, 855). Den derzeit stichhaltigsten Beweis liefert jedoch eine kürzlich veröffentlichte Studie aus dem Jahr 2019, an der 200 Wissenschaftler*innen aus 17 verschiedenen Ländern beteiligt waren und das Erbgut von 16 992 Personen, sowohl männlichen als auch weiblichen, bei denen eine AN diagnostiziert wurde, mit dem Erbgut von 55 525 Kontrollprobanden verglichen. Die Ergebnisse bestätigen erneut und aufgrund der großen Stichprobe aussagekräftiger denn je, dass das Risiko einer Magersucht genetisch bedingt sein kann (vgl. Watson et al. 2019, 1207 ff.) Jedoch betont Zipfel, ärztlicher Direktor der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Tübingen, der an dieser Studie beteiligt war, dass

„die Anorexie eine sehr komplexe Erkrankung ist. Das heißt, sie wird nicht durch ein bestimmtes Gen oder Chromosom ausgelöst, sondern durch ein Zusammenspiel von einer

Vielzahl von Genen sowie psychosoziale Konfliktkonstellationen – etwa in der Familie“ (Hombach 2019, o.S.).

Des Weiteren legen die Studienergebnisse folgende – zwar in der Vergangenheit des Öfteren vermuteten, doch bisher nicht eindeutig bestätigten – Schlussfolgerungen nahe:

„Dazu fanden wir starke Ähnlichkeiten mit dem genetischen Profil von Menschen mit Zwangsstörungen, Depressionen und Schizophrenie sowie Gene, die im Körper für bestimmte Stoffwechselprozesse zuständig sind [...]. Auch den erhöhten Bewegungsdrang, den viele Betroffene empfinden, konnten wir genetisch nachweisen“ (ebd.).

Diese Erkenntnisse könnten laut Zipfel in erster Linie an Magersucht erkrankte Menschen und deren Angehörigen bei der Akzeptanz der Störung unterstützen, denn

„zu wissen, dass es neben bestimmten Risikofaktoren oft eine genetische Veranlagung gibt, kann Betroffene entlasten, Angehörigen helfen, die Erkrankung anzusprechen, und Magersucht als Krankheit entstigmatisieren“ (ebd.).

Der Aspekt der Stigmatisierung wird in Abschnitt 4.3.2.2 näher beleuchtet.

4.1.2 Persönlichkeitsmerkmale

Es gibt einige wesentliche Persönlichkeitsmerkmale, die sich bei einer Vielzahl von an AN erkrankten Männern gehäuft darstellen. Das prägnanteste von ihnen ist das Vorhandensein einer Selbstwertproblematik (dies gilt auch für an AN erkrankte Frauen). Bei männlicher Magersucht versuchen Betroffene oftmals, ihr beschädigtes Selbstwertgefühl durch vermehrte Anerkennung in ihrem Umfeld zu kompensieren (vgl. Falbesaner 2017, 10). Dabei kann es sich vor allem um positive Reaktionen auf eine Gewichtsabnahme oder Sportlichkeit handeln. Das brüchige Selbstwertgefühl wird im weiteren Verlauf immer stärker an die äußere körperliche Erscheinung gekoppelt (vgl. ebd.).

Des Weiteren ist auffällig, dass die Handlungen und Gedankenkonstrukte vieler Betroffener zwanghafte Tendenzen erkennen lassen. Pope äußert in diesem Zusammenhang die Vermutung, dass Männer, die eine biologische oder genetisch bedingte Veranlagung zu Zwangsneurosen oder Zwangsstörungen mit sich bringen, empfänglicher für übersteigerte körperbildbezogene Ängste, insbesondere was das eigene Körperfett angeht, sein könnten. Dies könne dazu führen, dass diese Männer anfälliger für jegliche Art von Essstörungen sind (vgl. Pope/Phillips/Olivardia 2001, 198). Die im vorigen Kapitel bereits vorgestellten aktuellen Forschungsergebnisse zu der genetischen Profilähnlichkeit zwischen Menschen mit AN und Menschen mit Zwangsneurosen bekräftigen Popes These eindeutig.

Darüber hinaus gibt es eine Vielzahl von Psychotherapeut*innen, die sowohl bei Männern als auch bei Frauen mit einer Magersuchtsstörung eine perfektionistische Persönlichkeitsstruktur feststellen (vgl. Arnold 2015, 9). Es wird zudem davon ausgegangen, dass Betroffene ein starkes erfolgs- und leistungsorientiertes Denken, beispielsweise in der Schule und im beruflichen Kontext, aufzeigen (vgl. Stahr/Barb-Priebe/Schulz 2003, 50). Dieses entspringt allerdings nicht in erster Linie dem Bestreben, eigene Wünsche und Ziele umzusetzen, sondern geschieht der Einschätzung der Erziehungswissenschaftlerin und Frauenforscherin Stahr und ihrer Kolleginnen nach „aus Pflichterfüllung und als Anpassung an hohe Leistungsanforderungen der Umwelt“ (ebd., 78).

4.1.3 Entstehungszusammenhang Pubertät/Adoleszenz

Die Essstörung Magersucht tritt bei den meisten Betroffenen überwiegend zu Beginn oder im Verlauf der Pubertät auf (vgl. Waschescio 2019, 15). Durchschnittlich einer bis drei von hundert Jugendlichen erkranken daran (vgl. Simchen 2016, 87). Dies ist kein Zufall, sondern laut Waschescio eng mit den „körperlichen, geistigen und psycho-sozialen Reifungsprozessen der Adoleszenz verknüpft“ (vgl. Waschescio 2019, 15). Die Adoleszenz ist, entwicklungspsychologisch betrachtet, von einer Reihe von Veränderungen geprägt, die mit erheblichen Konfliktverstärkungen einhergehen (vgl. Fahrig/Horn 2003, 10). Dies beinhaltet sowohl nicht aufhaltbare körperliche Veränderungen aufgrund des Reifungsprozesses als auch eine Intensivierung des Gefühlserlebens, einschließlich sexueller Empfindungen. Zudem verändert sich die Beziehung zu den Eltern und Geschwistern, und der Wunsch nach Beziehungen zu Gleichaltrigen wird stärker (vgl. ebd.). Die wichtigste Entwicklungsaufgabe Jugendlicher besteht demnach darin, diesen großen Anforderungen gerecht zu werden. Dies kann gelingen, wenn Heranwachsende in der Lage sind, die körperlichen Veränderungen in ihr Selbstbild zu integrieren und ein sicheres Gefühl für eine eigene, sie von anderen abgrenzende Identität zu entwickeln. Wenn es jedoch misslingt, kann dies das Entstehen einer Magersucht bei Jungen und Mädchen begünstigen, sofern noch weitere Faktoren dazukommen (vgl. Waschescio 2019, 15).

Im Vergleich zu Mädchen zeigen Jungen erste Symptome von Magersucht meist einige Jahre später, da auch die Pubertät später einsetzt. Der männliche Körper zeichnet sich im weiteren Entwicklungsverlauf durch vermehrten Muskelzuwachs aus, während der weibliche Körper mehr Körperfett produziert (vgl. Mangweth-Matzek 2015, 92). Diese unterschiedlichen Verläufe der körperlichen Entwicklung von Mädchen und Jungen werden von einigen

Forscher*innen als wesentlicher Faktor für die seltener auftretenden Fälle von Essstörungen bei Jungen und Männern diskutiert (vgl. ebd.). Allerdings gibt es beispielsweise auch Fälle, in denen die Pubertät bei Jungen früh und schnell eintritt, mit der Folge, dass sie für ihr Alter leicht übergewichtig werden. Dies könnte laut Wooldridge und Lytle ein Risikofaktor für das Entwickeln einer männlichen Magersucht darstellen, da die Körperunzufriedenheit dadurch verstärkt wird (vgl. Wooldridge/Lytle 2012, 371). Es ist erwiesen, dass Männer mit AN (zwar nicht ausschließlich aber häufig) aufgrund realen Übergewichts erste Diätversuche starten, somit ist dies durchaus denkbar (vgl. Mangweth-Matzek 2015, 93).

Da die Entwicklung einer Magersucht eng im Zusammenhang mit einem niedrigen Selbstwert steht und dies ein entwicklungsbedingter Aspekt der Adoleszenz ist, wird es umso nachvollziehbarer, dass Jugendliche in stärkerem Maße als Erwachsene gefährdet sind, eine Mager-suchtsstörung auszubilden.

4.2 Familiäre Faktoren

4.2.1 Eltern-Sohn-Beziehung

Die Beleuchtung der Familienstrukturen, in denen ein Junge bzw. Mann aufgewachsen ist, kann hilfreich sein bei der Erforschung der Ursachen für seine Magersucht. Lange Zeit wurde angenommen, dass das familiäre Beziehungsgefüge und die Interaktionsmuster für die Entstehung von AN hauptursächlich sein müsse (vgl. Burgard-Arp 2020 a), o.S.). Heute gehen Mediziner*innen übereinstimmend davon aus, dass bestimmte familiäre Faktoren lediglich eine Komponente sein können, aber nicht die alleinige Ursache. Sie stehen immer im Zusammenhang mit einer Reihe weiterer biologischer, individueller und Umweltfaktoren.

Lindbad hat in einer Studie herausgefunden, dass anorektische Männer im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung häufiger noch mit ihren Eltern oder einem Elternteil zusammenleben und wesentlich seltener mit eigenen Kindern und Partnern. Zudem sind Männer mit AN weniger oft finanziell unabhängige Selbstversorger als Männer der Kontrollgruppe (vgl. Lindblad/Lindberg/Hjern 2006, 664). Dies kann im Zusammenhang mit dem Umstand gesehen werden, dass Männer mit AN häufig eng an ihre Mütter gebunden sind und von diesen im Gegenzug stark kontrolliert werden (vgl. Reich/von Boetticher 2017, 96). Bereits Bruch hat festgestellt,

dass die Kindheit von männlichen Anorektikern in der Mehrzahl von kontrollierenden Müttern geprägt war, die ihrem Sohn ihre eigenen Vorstellungen und Bedürfnisse auferlegten. Dies führte im Verlauf der Pubertät zu Schwierigkeiten, da die Jungen oftmals entmutigt waren, eigenständige Entscheidungen zu treffen (vgl. Bruch 1971, 31 ff.; zit. n. Wooldridge/Lyte 2012, 373). Reich, der als Psychoanalytiker und Paar- und Familientherapeut insbesondere im Bereich der Essstörungen tätig ist, interpretiert dieses mütterliche Verhalten als unterschwellige Ablehnung des Sohnes. Auch dem Vater gegenüber zeigen die Mütter oftmals eine offene oder verdeckt abwehrende Haltung. Darüber hinaus ist es auffällig, dass auch viele Väter von AN-Betroffenen ein von Ablehnung oder Abwertung geprägtes Beziehungsverhalten gegenüber ihrem Sohn zeigen. Dies kann durch die innigen Nähe des Sohnes zur Mutter begründet sein oder aus dem Missbilligen weiblicher Züge, die der Vater seinem Sohn unterstellt, herühren. Auch das Anprangern der zu starken Verwöhnung durch die Mutter kann ein Faktor sein. Dies hat wiederum zur Folge, dass sich die anorektischen Männer nicht „von der Mutter lösen und mit dem Vater identifizieren können“ (vgl. Reich 2015, 258). Reichs Auffassung nach kann dies folgendes Dilemma begünstigen:

„Die Beziehung [zwischen Vater und Sohn] erscheint als durch Rivalität *und* Neid geprägt. Gleichzeitig werden an den Patienten ‚Männlichkeits‘-Anforderungen durch Mutter und Vater gestellt. Bei den Patienten bestehen oft Gefühle von Machtlosigkeit und Ineffektivität. Sie entwickeln ein perfektionistisches Über-Ich und eine übermäßige Selbstkontrolle, sind auf Bestätigung und Ermutigung angewiesen. Die immer zu findende Körperunzufriedenheit ist nicht selten durch eine Vorgeschichte von Übergewicht mit entsprechender Entwertungen und Demütigungen mitbedingt“ (Reich/Boetticher 2017, 96).

Der eigene Körper erscheint anorektischen Männern oft als das einzige, das sie selbst kontrollieren können. In der Folge verschafft das Abmagern eine vordergründig Befriedigung (vgl. Dechêne 2008, 20). Auch wenn Eltern im Verlauf der Magersuchterkrankung des Sohnes bemerken, dass dieser stetig an Gewicht verliert, ist es häufig der Fall, dass sie ihre Augen davor verschließen, statt ihrem Sohn Unterstützung anzubieten (vgl. Waschescio 2019, 5). Dies kann mit einem bestimmten Rollendenken verbunden sein, welches in Kapitel 4.3.2 beleuchtet wird.

4.2.2 Abgrenzung und Autonomie

Familien von Männern mit einer Magersuchtsstörung scheinen von Außen betrachtet in der Regel unauffällig und intakt funktionierend. Beim Blick hinter die Fassade lassen sich aller-

dings häufig Beziehungsmechanismen erkennen, die junge Männer zunehmend in ihrer Entwicklung behindern bzw. entmutigen, so dass Autonomieschritte nicht stattfinden können (vgl. Reich 2015, 258). Wenn junge Männer nun beginnen, ihr Essverhalten zu verändern, kann dies als „Abweichung von familiär etablierten Mustern und Gewohnheiten, im Dienste der Abgrenzung, Ablösung und Individuation im Rahmen des adoleszenten Verselbständigungsprozesses stehen“ (vgl. Waschescio 2019, 15). Wenn es immer häufiger dazu kommt, dass ein Junge den wachsenden Drang verspürt, sich von den Eltern abzugrenzen und autonomer zu handeln, sich dazu jedoch nicht in der Lage sieht, kann dies eine Magersuchtsstörung weiter vorantreiben (vgl. ebd., 15). Ungelöste innere und äußere Konflikte werden dadurch verdrängt und auf die Körperebene verlagert (vgl. Stahr/Barb-Priebe/Schulz 2003, 106). Somit wird die offene Auseinandersetzung mit den Eltern vermieden und die unlösbar erscheinenden Konflikte stattdessen bewusst oder unbewusst körperlich ausagiert (vgl. Waschescio 2019, 10). Zudem geht mit dem Hungern oftmals das Abflachen jeglicher Gefühle und Bedürfnisse – wie beispielsweise aggressiver Impulse oder Ablösungswünsche – einher, was in diesem Zusammenhang von jungen Männern eher erwünscht ist und von ihnen als positiver Nebeneffekt angesehen wird (vgl. Waschescio 2019, 15).

4.3 Psychosoziale und soziokulturelle Faktoren

4.3.1 Körperunzufriedenheit

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit der Frage, inwiefern das familiäre und soziale Umfeld von Männern sowie das derzeit medial propagierte männliche Körperideal die eigene Körperwahrnehmung sowie Körperbewertung beeinflussen kann. Zudem werden Störungen des Körperbildes im Rahmen von Magersuchtserkrankung bei Jungen und Männern beleuchtet.

4.3.1.1 Einfluss von Familienangehörigen und des sozialen Umfelds

Mit dem eigenen Körper unzufrieden zu sein, wurde in der Vergangenheit hauptsächlich Frauen zugeschrieben. Aus diesem Grund befasst sich die ältere Forschung überwiegend mit soziokulturellen Einflussfaktoren, die bei Mädchen und Frauen an der Entscheidung beteiligt

sein können, den Körper durch Gewichtsreduktion zu verändern (vgl. Benninghoven 2007, 120; vgl. Waschescio 2019, 14).

Wie schon mehrmals angeklungen ist, ist das Feld der männlichen Körperunzufriedenheit noch relativ unerforscht. Es existieren lediglich vereinzelte neuere Untersuchungen zu diesem Thema, die jedoch überwiegend Jungen und männliche Jugendliche in ihrer Entwicklung betrachten (vgl. Murray et al. 2017, 7). An dieser Stelle sind vor allem die amerikanischen Wissenschaftler*innen McCabe, Ricciardelli und Kolleg*innen zu nennen. Durch ihre Veröffentlichung einer Vielzahl von Studien zum Ausmaß des soziokulturellen Einflusses auf das Körperbild und das Essverhalten von Jungen und jugendlichen Männern haben sie die Forschung in diesem Bereich vorangetrieben. McCabe und Ricciardelli sind zudem Mitglieder der 2016 gegründeten „International Academy of Body Image, Eating Problems and Health“, die sich aus ca. 30 Forscher*innen zusammensetzt, die sich für ein besseres Verständnis der Ätiologie von Körperbildproblemen und Essstörungen einsetzen (vgl. International Academy of Body Image, Eating Problems and Health, 09.01.2020: Hauptseite). So haben Stanford und McCabe im Jahr 2005 eine Untersuchung mit dem Titel „Sociocultural Influences on adolescent boys' body image and body change strategies“ veröffentlicht (vgl. Stanford/McCabe 2005, 105 ff.). Hierin wurden die Angaben von 362 australischen Jungen im Alter von 12-14 Jahren unter anderem im Hinblick darauf analysiert, ob und in welchem Ausmaß Eltern und Gleichaltrige ihr Körperbild beeinflussen. Dabei wurde insbesondere der Zusammenhang zwischen Körperzufriedenheit (insbesondere mit dem Gewicht und den Muskeln) und den von den Jungen wahrgenommenen Botschaften über Körperform, Ernährung, Bewegung, Abnehmen und Muskelaufbau sowie ihre Anwendung von Strategien zur Gewichtsreduktion und zum Muskelaufbau analysiert.

Die Ergebnisse zeigten, dass sich die Jungen von negativen Äußerungen ihrer Mütter am stärksten unter Druck gesetzt fühlten, sie ließen sich in ihrer eigenen Körperzufriedenheit und Körperbewertung stark von den Meinungen ihrer Mütter leiten und beeinflussen. Dies spiegelte sich vor allem in dem Wunsch wieder, abzunehmen, welcher oftmals stark mit kritischen Figuräußerungen der Mütter zu tun hatte (vgl. ebd.). Im Vergleich dazu hatten Botschaften der Väter hinsichtlich des Muskelzuwachses und des Bewegungsausmaßes die prägnanteste Wirkung auf die Jungen. Auffällig ist dabei, dass beide Elternteile unterschiedliche Körperaspekte ansprechen; so stehen für die Mütter demnach eher das Gewicht und das Abnehmen im Vor-

dergrund, während für die Väter eher ein muskulöses Körperbild und die Körperveränderungsstrategien entscheidend sind (vgl. ebd., 111 ff.). Dies veranlasst Stanford und McCabe zu der Annahme, dass sowohl die Mutter als auch der Vater genau jene Körperaspekte bei ihrem Sohn thematisierten, auf die sie selbst bei sich und ihrem eigenen Körper wert legten. Die Eltern repräsentierten in ihren übermittelten Äußerungen und Botschaften eigene Einstellungen und Überzeugungen hinsichtlich ihres persönlichen Körperbildes (vgl. ebd., 111 f.).

Diese These wird von der Beobachtung gestützt, dass bei Männern mit AN oftmals eine familiäre Häufung von ganz oder teilweise ausgeprägten Essstörungen vorkommt (vgl. Reich/von Boetticher 2017, 96). Es ist in diesem Zusammenhang denkbar, dass die Mutter unter bestimmten Voraussetzungen auch als Negativ-Vorbild fungieren kann, wenn sich der Sohn an der u.U. problematischen Einstellung der Mutter zu ihrem Körper und ihrer Figur orientiert. Die dargestellten Ergebnisse rechtfertigen die Aussage, dass das Körperbild von 12-14 jährigen Jungen am bedeutendsten von den Eltern beeinflusst wird. Zudem geben Stanford und McCabe an, dass Gleichaltrige erst in der späteren Jugend als Einflussfaktor an Bedeutung dazu gewinnen (vgl. ebd., 111 f.).

Diese Vermutung lässt sich mit den Ergebnissen einer früheren Studie von Vincent und McCabe bestätigen, die bereits im Jahr 1999 veröffentlicht wurde (vgl. Vincent/McCabe 1999, 205 ff.). In dieser australischen Untersuchung mit dem Titel „Gender Differences Among Adolescents in Family, and Peer Influences on Body Dissatisfaction, Weight Loss, and Binge Eating Behaviors“ werden 306 Mädchen und 297 Jungen zwischen 11 und 18 Jahren zu ihrer Körperzufriedenheit befragt. Dabei liegt der Untersuchungsschwerpunkt der Forscher insbesondere auf den männlichen Jugendlichen. Die Ergebnisse zeigen, dass neben einem hohen BMI eine schlechte Beziehung zu Gleichaltrigen, die durch negative Kommentare zur Körperform und dem Körpergewicht geprägt sind, maßgeblich daran beteiligt sind, dass die Körperzufriedenheit bei Jungen im Alter von 11-18 Jahren steigt (vgl. ebd., 215). Das Drängen von Gleichaltrigen zur Gewichtsreduktion hat in dieser Altersspanne den größten Einfluss darauf, dass ein Junge ein extremes Gewichtsverlustverhalten zeigt, wie z.B. selbstinduziertes Erbrechen (vgl. ebd., 218). Auch Krenn gibt an, dass erwachsene Männer mit Essstörungen oftmals davon berichten, dass sie im Kindes- und Jugendalter aufgrund von Übergewicht häufig von Gleichaltrigen schikaniert wurden (vgl. Krenn 2003, 35.)

Somit wird deutlich wie stark der Einfluss ist, den Gleichaltrige auf die Körperunzufriedenheit von jungen Männern haben können. Aber auch die Eltern spielen bis in die späte Kindheit eine erhebliche Rolle dabei, ob ein Junge sich in seinem Körper wohlfühlt oder ob er diesen durch Gewichtsverlust oder Muskelzuwachs verändern möchte. Körperunzufriedenheit gilt als einer der wesentlichsten Risikofaktoren bei der Entstehung von Essstörungen bei Jungen und Männern; es kann also hilfreich sein, sowohl Jugendliche als auch Eltern im Rahmen von Aufklärungsprogrammen zu Essstörungen bei Männern dafür zu sensibilisieren, dass negative Kommentare zur körperlichen Erscheinung unter anderem dazu beitragen können, dass der Kommentierte ein gestörtes Essverhalten entwickelt.

4.3.1.2 Einfluss des medial vermittelten Schönheitsideals auf das eigene Körperbild

Das heute vorherrschende männliche Schönheitsideal kennzeichnet sich durch einen muskulösen Körper, der wenig Fett besitzt (vgl. Benninghoven et al. 2006, 120). Dies entspricht der sogenannten mesomorphen Körperform, welche auch als V-Form bezeichnet wird: Der Oberkörper sticht mit seinen breiten Schultern hervor, während die Taille im Vergleich dazu sehr schlank ist (vgl. Waschescio 2019, 14). In der heutigen, stark digitalisierten westlichen Gesellschaft gewinnt dieses Körperideal immer stärker an Präsenz, da Jungen und Männer sowohl in Filmen und im Internet, als auch in Zeitschriften und Werbekampagnen tagtäglich mit Bildern von Männern, die dieses Ideal in Perfektion verkörpern, konfrontiert werden (vgl. ebd.). Diese Entwicklung wird in Fachkreisen ähnlich problematisch gesehen wie der Schlankheitsanspruch, der seit dem Ende des 20. Jahrhunderts an Frauen gestellt wird.

Laut Mangweth-Matzek empfinden sich viele Jungen und Pubertierende, die ein normales Gewicht haben, als unpassend, nicht muskulös genug oder übergewichtig und beginnen früh in ihrer körperlichen Entwicklung mit diätischem Essen. Dies sei auch auf den Einfluss der Medien zurückzuführen (vgl. Mangweth-Matzek 2015, 93). Es ist für viele Männer eine Herausforderung, die Abweichungen des eigenen Körpers vom gängigen Körperideal zu tolerieren, so dass das Selbstwertgefühl oftmals Schaden nimmt (vgl. Waschescio 2019, 14). Dies zeigt sich auch darin, dass die Körperunzufriedenheit von Jungen und Männern in den letzten 20 Jahren deutlich zugenommen hat und derzeit ähnliche Ausmaße annimmt wie von Mädchen und Frauen (vgl. ebd.). In der Vergangenheit konnte bereits gezeigt werden, dass das gesellschaftlich propagierte weibliche Körperideal Frauen hinsichtlich ihrer Wahrnehmung der

eigenen Attraktivität und Schlankheit stark beeinflusst (vgl. Shroff/Thompson 2006, 17 ff.; zit. n. Benninghoven et al. 2006, 121). Zudem ist das Risiko, eine Essstörung auszubilden, bei Frauen, die mit ihrem Körper unzufrieden sind, erhöht (vgl. Stice 2002, 825 ff.; zit. n. Benninghoven et al. 2006, 121) Es liegt daher nahe, ähnliche Zusammenhänge zwischen Körperunzufriedenheit und Essstörungen bei Männern zu vermuten; trotzdem sind diese bisher wenig erforscht.

Der deutsche psychologische Psychotherapeut Benninghoven hat gemeinsam mit weiteren Kollegen 2007 als einer der ersten eine Studie zu „Körperbildern männlicher Patienten mit Essstörungen“ veröffentlicht (vgl. Benninghoven et al. 2006, 120). Sie stellten die These auf, dass Männer mit Essstörungen eine höhere Körperunzufriedenheit aufweisen, wenn diese in besonderem Maße von öffentlich präsentierten männlichen Schönheitsidealen beeinflusst werden. Darüber hinaus sei der Wunsch nach einem schlanken und muskulösen Körper bei Männern mit einer Essstörungsproblematik stärker ausgeprägt als bei Männern ohne dieses psychosomatische Störungsbild. Zuletzt sollten Männer mit Essstörungen „den Körperbau eines durchschnittlichen Mannes und das männliche Körperbild, das Frauen ihrer Meinung nach am attraktivsten finden, hinsichtlich Schlankheit und Muskularität eher überschätzen als Männer ohne Essstörung“ (vgl. ebd., 121). Neben der Datenerhebung mittels Interviews und Fragebögen wurde auf ein Computerprogramm namens „Somatomorphic Matrix“ zurückgegriffen, das u.a. die Optionen bietet, den männlichen Körper auf dem Bildschirm per Mausklick mit höherem oder geringerem Körperfettanteil oder mehr oder weniger Muskelmasse auszustatten (vgl. ebd., 122). Es wurden 26 Männer mit Essstörungen, darunter zwölf Männer mit AN (typisch und atypisch zusammengefasst) in drei klinische Gruppen eingeteilt und jeweils mit einer Kontrollgruppe (Männer ohne Essstörungen im gleichen Alter und mit ähnlicher Schulbildung) verglichen. Die Ergebnisse stützen die ursprüngliche These zur Körperzufriedenheit, da in allen drei Gruppen eine ablehnende Körperbewertung zu erkennen war, die im Vergleich zu den jeweiligen Kontrollgruppen deutlich höhere Werte aufwies. Männer mit AN zeigten zudem den niedrigsten Wert bei der Wahrnehmung der eigenen Vitalität und Körperdynamik. Jedoch besaßen sie, entgegen Benninghovens et al. These, keinen ausgeprägteren Wunsch nach einem muskulöseren und schlankeren Körper als Männer ohne Essstörung (vgl. ebd., 125). Zudem wiesen sie im Vergleich zur Kontrollgruppe keine höheren Werte bezüglich der Einschätzung eines durchschnittlichen und einem von Frauen präferierten Männerkörper

auf. Auffällig ist auch, dass Männer mit AN zwar sehr unzufrieden mit ihrem Körper waren, sich aber – anders als die Männer der Kontrollgruppe – keinen anderen Körperfettanteil wünschten als sie tatsächlich besaßen. Dies kann als generelles ambivalentes Gefühl von AN-Betroffenen zu Gewichtssteigerungen interpretiert werden (vgl. ebd.)

Somit kommt die Forscher*innengruppe zu der Annahme, dass Männer mit Essstörungen „zumindest nicht generell durch das gesellschaftlich determinierte männliche Körperideal in besonderer Weise beeinflusst zu sein [scheinen]“ (ebd.). Zudem konnte sowohl bei Männern mit Essstörungen als auch bei den „gesunden“ Probanden ein Wunsch nach mehr Muskularität nachgewiesen werden. Dies lässt darauf schließen, dass Männer heutzutage generell eher nach einem muskulöseren Körperbau streben, unabhängig davon, ob eine Essstörung vorhanden ist oder nicht (vgl. ebd.).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass es in diesem Wissenschaftsfeld noch einiger Untersuchungen bedarf, um aussagekräftige Einschätzungen über den Einfluss des medial präsentierten Schönheitsideals auf das eigene Körperbild speziell bei Männern mit Magersucht formulieren zu können. Jedoch deuten die oben genannten Studienergebnisse stark darauf hin, dass AN-Betroffene keinen problematischeren Umgang mit Körperidealen zeigen als Männer ohne Magersucht. Diese Feststellung deckt sich mit Jägers Standpunkt, der bei AN-Betroffenen nicht das vordergründige Bestreben sieht, den gängigen Schönheitsidealen zu entsprechen. Die Entwicklung einer AN sei durch den mit den Schönheitsidealen verbundenen Schlankheitsanspruch lediglich unterstützt und dadurch gesellschaftlich legitimiert (vgl. Jäger 2015, 135). So kann eine AN beispielsweise durch der Mode angepasste Diätversuche angeschoben werden, jedoch verflüchtige sich diese „Orientierung an den gesellschaftlichen Idealen“ im Krankheitsverlauf (vgl. ebd.). Zudem zeigten die Studienergebnisse, dass von AN Betroffene besondere Schwierigkeiten darin zu haben scheinen, ihre eigene Muskelkraft und ihr eigenes Körpergewicht realistisch einzuschätzen. Dies kann auf eine verzerrte Wahrnehmung des eigenen Körpers hindeuten, was wiederum als ein zentrales Merkmal von Essstörungen angesehen wird.

4.3.1.3 Körperbildstörungen

In den beiden vorangegangenen Kapiteln wurde deutlich, dass die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper als ein westliches gesamtgesellschaftliches und geschlechterübergreifendes

Phänomen des 21. Jahrhunderts angesehen werden kann. Doch auch wenn viele Menschen Schwierigkeiten damit haben, ihren Körper oder bestimmten Körperpartien so zu akzeptieren wie sie sind, verursachen diese ablehnenden Gefühle bei den meisten von ihnen keine tiefgreifenden psychischen Beeinträchtigungen (vgl. Vocks/Bauer/Legenbauer 2018, 26). Dies zeigt sich auch in einer Studie, in der festgestellt wurde, dass lediglich die Hälfte aller Personen, die mit ihrem Körper unzufrieden sind, dies auch als belastend empfinden (vgl. Cash/Hrabosky 2004, 515 ff.; zit. n. Vocks/Bauer/Legenbauer 2018, 28). Im Extremfall kann es passieren, dass diese Menschen im Zusammenhang mit negativen Gefühlen zu ihrem körperlichen Aussehen eine sogenannte „Körperbildstörung“ entwickeln (vgl. Vocks/Bauer/Legenbauer 2018, 25). Um diesen Aspekt differenzierter beschreiben zu können, werden die Begriffe „Körperbild“ und „Körperbildstörung“ im Folgenden kurz definiert.

Die Diplompsychologin Kreikebaum, die an die Begriffsdefinition des amerikanischen Professors für Psychiatrie an der University of Illinois, Bernstein, anknüpft, umschreibt den Begriff „Körperbild“ wie folgt:

„Das Körperbild als das individuelle Bild, das jeder Mensch von seinem Körper hat, umfasst nicht nur physikalische sondern auch physiologische, soziale und psychologische Komponenten. [...] Seine Multidimensionalität und Beeinflussbarkeit von äußeren Gegebenheiten bedingen, daß das Körperbild ein sehr dynamisches, über Zeit und Situationen veränderliches Konstrukt darstellt“ (Kreikebaum 1999, 18).

Im Kontext dessen kann eine Körperbildstörung, die in der Forschungsliteratur auch als „Körperschema-Störung“ bezeichnet wird, als eine nicht korrekte „Körperwahrnehmung und -einschätzung sowie nicht-normative[r] affektive[r] Reaktion auf die eigene körperliche Erscheinung“ beschrieben werden (ebd.). Dieser Gesichtspunkt ist besonders hervorzuheben, da Forscher in der Vergangenheit nachweisen konnten, dass Körperbildstörungen wesentlich bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen wie AN beteiligt sind (vgl. Tuschen-Caffier 2015, 142). Diese Annahme spiegelt sich auch in den Diagnosekriterien der ICD-10 wieder. Dort stellt die „Körperschema-Störung“ als übersteigerte und tief verankerte Angst, an Gewicht zu zunehmen, ein notwendiges Kriterium bei der Diagnosestellung einer AN dar. Im DSM-5 muss dieses Merkmal im Gegensatz zur ICD-10 und DSM-IV nicht zwingend vorhanden sein, sofern die Betroffenen trotzdem Maßnahmen ergreifen, um eine Gewichtssteigerung zu verhindern (vgl. Vocks/Bauer/Legenbauer 2018, 18).

Körperbildstörungen werden allgemein als ein multidimensionales Konzept verstanden (vgl. Tuschen-Caffier 2015, 142). Dabei werden drei unterschiedliche Komponenten voneinander unterschieden:

1. eine perzeptive Komponente des Körperbildes
2. eine kognitiv-affektive bzw. kognitiv-evaluative Komponente
3. eine verhaltensbezogene Komponente

Die erste Komponente beschreibt den Aspekt der Wahrnehmungsgenauigkeit. Bei an AN erkrankten Personen kann sich eine Störung der Körperwahrnehmung in derlei Hinsicht zeigen, dass eigene Körpermaße bzw. Maße von bestimmten Körperteilen überschätzt werden. So sehen sich beispielsweise viele Betroffene im Spiegelbild dicker, als sie objektiv betrachtet sind. Demgegenüber bezieht sich die zweite Komponente einer Körperbildstörung auf negative Gefühle wie beispielsweise Ekel in Bezug auf den eigenen Körper. Diese gehen in der Regel mit ablehnenden Gedanken und einer abwertenden Haltung gegenüber dem äußeren Erscheinungsbild einher. Zur dritten Komponente gehören zum einen ein willentlich gesteuertes Vermeidungsverhalten (etwa das Tragen weiter Kleidung, um negativ bewertete Körperpartien zu verdecken), zum anderen eine übertriebene Beschäftigung mit dem eigenen Körper bzw. der Figur (was sich z.B. durch häufiges Wiegen oder Abtasten bestimmter Körperstellen äußern kann) (vgl. ebd.).

Es gibt bisher nur vereinzelte Untersuchungen, die sich damit auseinandersetzen, inwiefern Körperbildstörungen speziell bei Männern mit Magersuchtsproblematiken bedeutsam sind. Mangweth und weitere Kolleg*innen haben im Jahr 2002 eine Studie mit dem Titel „Body Fat Perception in Eating-Disordered Men“ veröffentlicht, in der sie u.a. die Rolle der Körperfettempfindungen bei Männern mit Essstörungen untersuchten (vgl. Mangweth et. al 2003, 102). Neben Männern mit einer BN-Diagnose wurden 17 männliche AN-Probanden im Alter von 19-43 Jahren, die sich in stationärer oder ambulanter Behandlung befanden, im Vergleich zu einer Kontrollgruppe getestet. Wie auch schon in Benninghovens Studie zu männlichen Körperbildern (siehe Kapitel 4.3.1.2) wurde hierbei das Programm der Somatomorphic Matrix eingesetzt. Die Ergebnisse der Untersuchungen bestätigten die von der Forscher*innengruppe im Vorfeld formulierte Hypothese, dass Männer mit Essstörungen eine verzerrte Körperfettwahrnehmung hätten (vgl. Mangweth et al. 2003, 102). Tatsächlich empfanden sich anorektische Männer im Vergleich zu den Probanden der Kontrollgruppe als fast doppelt so dick, wie

sie tatsächlich waren (vgl. ebd., 105). Dies deckt sich mit den Erkenntnissen aus Benninghovens Studie. Da eine Überschätzung der Körpermaße deutlich zu erkennen ist, liegt die Schlussfolgerung nahe, dass die getesteten Männer mit AN eine Körperbildstörung entwickelt haben, die auf der perzeptiven Ebene angesiedelt ist. Dass sie sich als dicker empfinden als sie objektiv betrachtet sind, lässt vermuten, dass ein in ihren Augen ideales Gewicht nie erreicht werden kann, da es gar nicht als solches wahrgenommen würde. Die Spirale der Unzufriedenheit mit dem Körper ist somit schwer aufzubrechen. Dies zeigt, dass eine Störung des Körperbildes eine bestehende Magersuchtserkrankung aufrechterhalten kann. Jedoch ist es – wie in der Definition des Begriffs Körperbild beschrieben – durchaus möglich, ein fehlerhaftes Körperbild zu revidieren. Daraus lässt sich ableiten, dass eine Körperbildtherapie ein wichtiger Bestandteil in der Behandlung und Therapie von Magersucht sein sollte.

4.3.2 Gesellschaftliche Männlichkeitsvorstellungen

4.3.2.1 Identitätsentwicklung entlang älterer und neuerer Rollenbilder

In der 2017 erschienenen WDR-Dokumentation mit dem Titel „50 Kilo bei 1,89 Meter – Wenn Männer magersüchtig sind“ beschreibt ein 15-jähriger von AN betroffener Jugendlicher einen der Gründe, aus dem es ihm schwer fällt, sich dafür zu entscheiden, gesund werden zu wollen, folgendermaßen: „[Es ist] als wüsste ich gar nicht mehr, wer ich selber bin ohne die Essstörungen“ (vgl. Menschen Hautnah 2017, min.: 43:20-43:30). Darin zeigt sich eine starke Verunsicherung hinsichtlich der eigenen Identität. Laut Stahr und Kolleginnen gewinnt die äußere Erscheinung bei Heranwachsenden im Laufe der Pubertät so stark an Bedeutung, dass das Selbstwertgefühl eng an das Aussehen geknüpft wird (vgl. Stahr/Barb-Priebe/Schulz 2003, 86). Je weniger sich ein Junge oder Mädchen in seiner Haut wohlfühlt und je mehr er oder sie sich als unattraktiv wahrnimmt, desto größer kann das Risiko einer Essstörung sein (vgl. ebd.).

Den Grund für diese zunehmende Verunsicherung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen sehen die Autorinnen in dem hohen Stellenwert, welchen der Identitätsentwicklung heutzutage gesellschaftlich beigemessen wird. Die Entwicklung des Selbst sei in gewisser Weise zu einer permanenten Pflicht eines jeden Einzelnen geworden (vgl. ebd., 76). Sie begründen dies zum einen mit den materiellen und sozialen Veränderungen im privaten und beruflichen Kontext, zum anderen mit der Veränderung bezüglich der vielfältigen Möglichkeiten, das eigene

Leben und Beziehungen zu gestalten. Dies sei eine „Vereinseitigung und Ideologisierung von Identitätsvorstellungen [...], die für die Entstehung von Eßstörungen unserer Meinung nach mitverantwortlich zu machen sind [...]“ (ebd.). Vereinseitigung meint im diesen Kontext das Ausblenden bzw. Vernachlässigen einer „sozialen Seite der Identität“ (anknüpfend an die Theorie des symbolischen Interaktionismus von George H. Mead), also des Bedürfnisses eines Menschen, sich einer sozialen Gruppe bzw. Kontext zugehörig zu fühlen (vgl. ebd.). Identitätsentwicklung geschieht nicht mehr ausschließlich entlang vorgegebener Geschlechterrollen oder Zuordnungen zu sozialen Gruppen. Dies hat zur Folge, dass auch die Rolle des Mannes nicht mehr eindeutig definiert ist (vgl. ebd., 52). Diese Loslösung aus traditionellen Rollenmustern kann bei Jungen und Männern neben der Schaffung neuer Lebensführungsmodelle auch Unsicherheiten in Bezug auf das eigene Selbst erzeugen, die sich wiederum auf der Körperebene ausdrücken können (vgl. ebd.). Laut Stahr et al. ist der Körper sowohl von Männern als auch von Frauen „zum Austragungsort der Auseinandersetzung im Ringen um einen eigenen Lebensentwurf und soziale Zugehörigkeit, um eine eigene Identität geworden“ (ebd., 87). Durch den Umstand, dass Männer heutzutage immer stärker mit männlichen Schönheitsidealen konfrontiert sind, die mit bestimmten gesellschaftlichen Vorteilen assoziiert werden (wie beispielsweise größere Anerkennung von Arbeitskolleg*innen oder auch bessere Chancen bei der Partner*innensuche) wird das Aussehen immer wichtiger. Dies kann großen Druck erzeugen. Heutzutage sind Menschen dazu herausgefordert, sich in ihrer Umwelt sowohl als ein einzigartiges Individuum darzustellen, als auch das Bedürfnis nach Verbundenheit und Zugehörigkeit zu anderen als befriedigt zu empfinden (vgl. ebd., 76 f.).

Die Standpunkte und Annahmen von Stahr und Kolleginnen lassen sich anhand zweier weiterer Gesprächsstellen des oben beschriebenen an AN erkrankten Jugendlichen aus der eingangs erwähnten WDR-Dokumentation bekräftigen, in denen er u.a. sagt: „Ich finde es so unästhetisch, so normal einfach, wenn ich so einen normalen Körperbau habe. Ich will mich nur irgendwie abheben [...] Es [die Magersucht] ist halt so das einzige im Moment, was mich in meinen Augen abhebt“ (vgl. Menschen Hautnah 2017, min.: 14:10-14:25). Der Wunsch nach Einzigartigkeit ist hier besonders auffällig, besonders, weil er versucht, diese durch äußerliche Merkmale zu erlangen. Dieser Grundgedanke bzw. diese Motivation kann auch als Stabilisator bei der Aufrechterhaltung der Magersuchtsstörung interpretiert werden.

Darüber hinaus äußert der betroffene Jugendliche, dass er sich in der Klinik geborgen und verstanden fühle, da er dort unter Gleichgesinnten sei. Zuhause würde keiner ihn verstehen. Neben dem Wunsch, etwas Besonderes zu sein, wird hier das Bedürfnis, sich als Teil einer sozialen Gruppe zu fühlen, besonders deutlich (vgl. Menschen Hautnah 2017, min.: 12:14-12:30).

Stahr, Barb-Priebe und Schulz sehen in der Identitätsentwicklung, die Jungen und Männer heute durchlaufen, folgende Fokusverschiebung:

„An die Stelle der Frage: ‚Wer bin ich?‘ ist die Frage: ‚Wie soll ich aussehen?‘ getreten. Der Körper ist zum Dreh- und Angelpunkt der gesamten Identität geworden, d.h. auch andere Identitätsbereiche geraten in Abhängigkeit vom Körper-Image“ (Stahr/Barb-Priebe/Schulz 2003, 86).

Demnach kann das zwanghafte Diätverhalten von Magersüchtigen als Versuch angesehen werden, diese gesellschaftlichen Ansprüche zu bewältigen (ebd.).

4.3.2.2 Krankheitsverleugnung aufgrund von Stigmatisierungsängsten

Ein charakteristisches Merkmal einer Magersuchtserkrankung ist der Umstand, dass Betroffene große Anstrengungen unternehmen, um ihr gestörtes Essverhalten vor ihrem familiären und sozialen Umfeld zu verbergen (vgl. Dechêne 2008, 21). Durch die damit einhergehenden Schamgefühle ziehen sich die Betroffenen aus ihrem sozialen Umfeld zurück. Es wird vermutet, dass Männer sich in einem höheren Maß sozial isolieren als Frauen, da bei ihnen eine größere Sorge davor besteht, von ihrer Umwelt aufgrund einer Essstörungsproblematik ausgegrenzt zu werden (vgl. ebd.). Tatsächlich ist es wissenschaftlich erwiesen, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen häufig Erfahrungen mit Stigmatisierungen machen (vgl. Simonovic/Ernst 2011, 7). Der Soziologe Erving Goffman definiert in seinem 1996 veröffentlichten Buch „Stigma: Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität“ den Begriff „stigmatisieren“ als das Verknüpfen eines bestimmten Merkmals einer Person oder Personengruppe mit negativ konnotierten Stereotypen (vgl. ebd.). Infolgedessen wird dabei eine starke Trennung zwischen der Gruppe der ‚Normalen‘ und jener der ‚Gezeichneten‘ vollzogen (ebd.). Dies führt oftmals zu Diskriminierung und Statusverlust auf Seiten der Stigmatisierten, die sowohl aufgrund von Herkunft, Hautfarbe und Geschlecht als auch aufgrund von körperlichen und psychischen Merkmalen als Abweichler*innen von der Normgesellschaft angesehen werden (vgl. ebd.).

Im Kontext von Essstörungen lässt sich eine Vielzahl von Stigmatisierungen erkennen, die sowohl geschlechtsübergreifend als auch geschlechtsspezifisch sind. Diese negativen Zuschreibungen von bestimmten Verhaltensweisen können als sogenannte „Fremdstigmatisierung“ eingestuft werden, die durch die Gesellschaft oder durch bestimmte Personengruppen erfolgen (vgl. ebd.). Geschlechtsübergreifend ist beispielsweise die in der Allgemeinbevölkerung weitverbreitete Annahme, dass die AN sowohl von Frauen als auch von Männern selbst verschuldet sei, weil die Betroffenen ja lediglich wieder anfangen müssten, zu essen (vgl. Ein hundred 2014, min.: 0:57-1:17). Darüber hinaus besteht die Auffassung, dass die Magersucht dafür genutzt würde, das erhöhte Bedürfnis nach Aufmerksamkeit zu stillen (vgl. de Beer/Wren 2012, 429).

Das gängigste Vorurteil war jedoch lange Zeit die allgemeine und auch überwiegend medizinische Auffassung, dass Magersucht eine typische Frauenkrankheit sei, an der Männer nicht leiden würden (vgl. Murray et al. 2017, 2). Seit den 1990er Jahren ist diese Auffassung in medizinischen Zusammenhängen zwar weitestgehend revidiert, jedoch beim Großteil der Bevölkerung noch heute weit verbreitet (vgl. Murray et al. 2017, 2). Dies hat in vielerlei Hinsicht eine enorme Auswirkung auf das Krankheitsverhalten von magersüchtigen Männern. Laut den Ergebnissen einer Studie der Psychologen Zach de Beer und Bernadette Wren liegt ein wesentlicher Grund, weswegen sich AN-betroffene Männer seltener in ärztliche Behandlungen begeben, darin, dass sie sich schämen, an einer „Frauenkrankheit“ zu leiden, was zudem stark an ihrem Männlichkeitsgefühl nagen würde (vgl. de Beer/Wren 2012, 432 f.). Bei den Männern der Studie lässt sich eine sogenannte „Selbststigmatisierung“ erahnen, die durch das Internalisieren von gesellschaftlichen Stigmatisierungen hervorgerufen wird. Nach Simonovic spiegelt sich die Stigmatisierung des Selbst in einem negativen Selbstbild, Selbstvorwürfen sowie in einem geringen Selbstwertgefühl wieder (vgl. Simonovic/Ernst 2011, 7). Dass männliche Patienten sich – neben weiteren Ursachen – auch aufgrund eines gesellschaftlichen Vorurteils darin gehemmt fühlen, sich mit ihrer Essstörungsproblematik an eine*n Ärzt*in zu wenden, ist besorgniserregend, denn es kann für die Betroffenen gravierende gesundheitsgefährdende Folgen haben. Oftmals sind die körperlichen Auswirkungen der Mangelernährung bereits so stark vorangeschritten, wenn die Hemmung vor der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe überwunden wird, dass dann eine stationäre Behandlung bereits unumgänglich ist (vgl. Falbesaner 2017, 10). Die Forscher*innen Simonovic und Ernst sehen diesen Zusammenhang

jedoch nicht nur bei Männern: Sie sind der Meinung, dass die Stigmatisierung von mager-süchtigen Personen eine generelle Ursache dafür sei, dass sich Betroffene beider Geschlechter trotz der lebensbedrohlichen Komplikationen, die die Störung mit sich bringen kann, erst nach durchschnittlich vier bis sechs Jahren nach dem erstmaligen Auftreten von AN-Symptomen in Behandlung begeben (vgl. Simonovic/Ernst 2011, 8).

In der oben beschriebenen Scham, an einer „Frauenkrankheit“ zu leiden, und der damit verbundenen Angst, „an Männlichkeit einzubüßen“, lässt sich zudem ablesen, dass die Betroffenen augenscheinlich dahingehend sozialisiert sind, als Mann kein weiblich konnotiertes Krankheitsverhalten zeigen zu dürfen. Als Erklärungsansatz dafür lassen sich Merbach et al. Betrachtungen zu der Frage heranziehen, inwiefern die sozial konstruierten Geschlechterrollen einen Einfluss auf die unterschiedlichen Prävalenzraten psychischer Erkrankungen von Männern und Frauen haben (vgl. Merbach/Singer/Brähler 2002, 268). Sie gehen davon aus, dass Männer Emotionen und gesundheitliche Beschwerden ausblenden „um ihre eigene Männlichkeit unter Beweis zu stellen und so genannte ‚weibliche Anteile‘ abzuwenden“ (ebd.). Auch Hollstein sieht ein generelles Krankheit abwehrendes Verhalten in der männlichen Sozialisation begründet. Indem Persönlichkeitsanteile, die von der Gesellschaft als weiblich angesehen werden, verleugnet werden (da Weiblichkeit mit Schwäche assoziiert werde), könne Männlichkeit (nach der Definition der Gesellschaft) erst hergestellt werden (vgl. Hollstein 2002, 57). Dies kann jedoch lebenslange Überforderungsgefühle provozieren, die dazu führen, dass der Mann „unter dem zumindest unbewussten Stress steht, seine einmal zwanghaft übergestülpte Männlichkeits-Maske tragen zu müssen“ (ebd.). Sowohl Männer als auch Frauen „bilden in ihren Gesundheits- und Krankheitsprofilen ihre rollenspezifischen Sozialisationsbilanz ab“ (Kolip/Hurrelmann 2002, 23). Dieser Aspekt lässt sich deutlich in den Aussagen der befragten Betroffenen der Zach-Studie wiederfinden. Die Männer gaben an, dass sie es als Bedrohung ihres Männlichkeitskonzeptes ansehen würden, an einer psychischen Störung zu erkranken (vgl. de Beer/Wren 2012, 432). Hier wird erkennbar, dass bereits die Vorstellung, dass sie selbst an einer psychischen Störung leiden könnten, in den Köpfen der befragten Männer dazu führt, dass sie an ihrer eigenen Männlichkeit zweifeln. Dies stützt den oben geschilderten Ansatz, dass Männer zum Teil generelle Schwierigkeiten damit zu haben scheinen, überhaupt psychisch zu erkranken. Im Hinblick auf das Vorhandensein von Essstörungssymptomen präzisieren Winter und Neubauer, Leiter des Sozial-

wissenschaftlichen Instituts Tübingen, das sich schwerpunktmäßig mit Gender-Fragen sowie Männer- und Jungenthemen befasst, wie folgt: „So ist anzunehmen, [dass] die Diagnose einer ‚Essstörung‘ für Jungen und Männer immer noch einer gewissen De-Maskulinisierung und Feminisierung gleichkommt“ (Winter/Neubauer 2019, 30). An einer psychosomatischen Störung zu erkranken, die darüber hinaus als ganz besonders „nichtmännlich“ angesehen wird, kann von Jungen und Männern als ein doppeltes Stigma empfunden werden (vgl. Winter/Neubauer 2019; vgl. Reich/von Boetticher 2017, 95). Dieser Umstand führt dazu, dass Betroffene ihre Magersuchtsstörung vor anderen verbergen und so dem Irrglauben erliegen, dass sie die einzigen Männer seien, die daran erkrankt sind.

Es zeigt sich also unverkennbar, dass es besonders wichtig ist, Jungen und Männer darin zu ermutigen, offener mit ihrer Magersuchtserkrankung umzugehen. Wenn sie lernen, diese Offenlegung nicht als eigene Schwäche, sondern als Stärke zu begreifen, könnte dies wesentlich dazu beitragen, das gesellschaftliche Tabu männlicher Magersucht aufzubrechen.

4.3.3 Entstehungszusammenhang Sport

Sport zu treiben gilt in der Allgemeinbevölkerung und im medizinischen Kontext als gesundheitsfördernd (vgl. Platen 2015, 100). Jedoch behält die sportliche Aktivität ihren gesunden Charakter nur, solange der Sportler darauf achtet, seinen erhöhten Kalorienbedarf durch eine bewusste und abwechslungsreiche Ernährung auszugleichen (vgl. Winter/Neubauer 2019, 44). Ist dies nicht der Fall, wird gar statt zu essen absichtlich gefastet, ist das Risiko eines gestörten Essverhaltens erhöht. Wie in Kapitel 3.4 angesprochen, beginnen männliche AN-Patienten häufig aufgrund realen Übergewichts damit, Maßnahmen einzuleiten, mit denen sie ihr Körpergewicht reduzieren können. Zudem wurde in Abschnitt 4.3.1.2 bereits beleuchtet, dass viele Männer heutzutage darin bestrebt sind, eine muskulösere Statur zu entwickeln. Diese Motivation ist auch bei magersüchtigen Patienten zu finden, auch wenn dies paradox erscheinen mag, da sich die Störung durch das genaue Gegenteil, nämlich abgemagert sein, kennzeichnet (vgl. Falbesaner 2017, 10). Oftmals bestand das anfängliche Ziel darin, Muskelmasse aufzubauen, was sie durch eine diätische Ernährung (Vermeidung von Kohlenhydraten und Fetten) und den Einsatz von Nahrungsergänzungsmitteln (beispielsweise Proteinshakes) unterstützten (vgl. Falbesaner 2017, 10; vgl. Winter/Neubauer 2019, 45). Wenn ein Normalgewicht erreicht wurde, ereignet es sich dann zumeist, dass sich die betroffenen Männer verstärkt auf bestimm-

te Muskelpartien konzentrieren, die sie verändern wollen, wofür sie noch weiter abnehmen (vgl. Winter/Neubauer 2019, 45). Zum Teil führt dann der Kalorienmangel zu Heißhungerattacken auf die „verbotenen“ Nahrungsmittel, die wiederum durch ein härteres Trainingsprogramm sowie Fasten oder Erbrechen kompensiert werden (vgl. Winter/Neubauer 2019, 45). Falbesaner, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Neurologie, beschreibt den inneren Prozess, den Betroffene hier durchlaufen, wie folgt:

„Der innere Kampf wird immer extremer, die Angst vor dem Versagen steigt. Schließlich geraten die ursprünglichen Ziele in den Hintergrund, und es bleibt der existentielle Kampf um die Kontrolle über die Nahrungsaufnahme, der sich nun auf das Abnehmen konzentriert. Die magersüchtige Entwicklung erscheint so dem Betroffenen als der Sieg der Selbstdisziplin über die Gefühle“ (Falbesaner 2017, 10).

Es ist wissenschaftlich belegt, dass viele an Magersucht erkrankte Männer sich einem exzessiven sportlichen Training unterziehen. Dies wird in vielen Publikationen als sogenannte „Sportanorexie“ beschrieben, die jedoch keine offizielle Diagnose nach ICD-10 oder DSM-5 darstellt (vgl. Winter/Neubauer 2019, 45). Dahinter verbergen sich zumeist übersteigerte Leistungserwartungen an die eigene Person und die Auffassung, den gängigen Körperidealen nicht genügend zu entsprechen (vgl. ebd.). Dies kann sich zudem zu einem pathologischen Streben nach Muskeln entwickeln, was bereits in Kapitel 3.6 erläutert wurde.

Des Weiteren gibt es zwei wesentliche Faktoren, die Männer bei der Entwicklung eines gesundheitsschädigenden Ess- und Trainingsverhaltens beeinflussen können. Zum einen die Tatsache, dass Sport (abgesehen von Anabolikakonsum), das einzige Mittel ist, um den Wunsch nach Muskularität erfüllen zu können. Zum anderen stellt das sportliche Training bei Männern eine sozial akzeptierte Methode dar, den Körper zu verändern (anders als etwa Schönheitsoperationen) (vgl. ebd.). Zudem nutzen Jungen und Männer sportliche Aktivitäten als Mittel zur Selbstdarstellung, welche oftmals mit hoher Anerkennung von Außen einhergeht. Jedoch sind sportliche Erfolge in bestimmten Sportarten, die beispielsweise ein athletisches Aussehen erfordern, auch kritisch zu betrachten. Es besteht hierbei vor allem ein erhöhtes Risiko, in diesem Zusammenhang eine Magersucht zu entwickeln, da das „Belohnungssystem signalisiert, dass Abmagerung oder Muskelaufbau sich rentieren“ (ebd.,46).

Dieser Aspekt betrifft in besonderem Maße den Bereich des professionellen Leistungssports, wobei hier nicht alle Sportarten ein potenzielles Risiko für AN bergen, sondern lediglich jene, die entweder von einem hohen ästhetischen Anspruch gekennzeichnet sind oder bei denen ein niedriges Gewicht direkt mit der Leistungsfähigkeit in Verbindung steht. Platen, Lehrstuhllei-

terin der Fakultät für Sportwissenschaften in Bochum, fasst die Risikosportarten in folgenden vier Untergruppen zusammen:

1. Sportarten, bei denen Leistung und Ästhetik z.T. subjektiv beurteilt werden, körperbetonte Kleidung getragen wird oder ein kindlicher Körperbau aus biomechanischer Sicht Vorteile bringt, wie Eiskunstlauf, Tanzen, Kunstturnen und Synchronschwimmen
2. Ausdauersportarten, bei denen das Körpergewicht getragen werden muss, wie Triathlon, Langstreckenlauf, Skilanglauf, Straßenradspport und Mountainbiking
3. Gewichtsklassensportarten wie Ringen, Judo, Rudern und Pferderennsport
4. Sportarten, bei denen das Gewicht die Leistung beeinflusst, wie Skispringen, Klettern und Hochsprung (vgl. Platen 2015, 103)

Der Druck, die Leistungsfähigkeit zu steigern, einer ästhetischen Norm zu entsprechen oder eine niedrige Gewichtsklasse zu erreichen ist hier besonders ausgeprägt (vgl. ebd, 100). In der Mehrzahl zeigen die Athleten eine starke Fixierung auf ihren Körper und betrachten diesen als ein Instrument, das ihnen zum sportlichen Sieg verhilft. Jedoch muss der Körper auch den sportartspezifischen Anforderungen entsprechen, weshalb er „aufgebaut, reguliert, beherrscht und kontrolliert werden muss“, wie Winter und Neubauer diesen Prozess zusammenfassen (Winter/Neubauer 2019, 45). Allerdings kommen oft noch weitere sportspezifische Faktoren hinzu, wie zum Beispiel fehlende Unterstützung der Trainer*innen beim richtigen Abnehmen oder ein mit der Steigerung des Trainingsvolumens einhergehender Appetitverlust, die in Kombination dazu führen können, dass sich eine AN manifestiert (vgl. Platen 2015, 104 f.). Wenn eine Magersucht vorliegt, steigert dies den emotionalen Druck eines Sportlers noch einmal mehr, da Athleten bei Wettkämpfen und in Trainingslagern kaum allein sind und ihre geringe Nahrungsaufnahme oder absichtliches Erbrechen nur schwer verbergen können. Der daraus resultierende psychische Druck kann einen hohen Leistungsverlust zur Folge haben, der wiederum die Essstörung verschlimmern kann (vgl. ebd., 106).

Die Prävention von Essstörungen im Leistungssport ist nach Platen unumgänglich und sollte insbesondere darin bestehen, „Athleten zu einer **reifen, autonomen und selbstbewussten** Persönlichkeit zu verhelfen oder ihnen Hilfe anzubieten, dass sie sich in diesem Sinne entwickeln können“ (Platen 2015, 107).

5. Medizinische und therapeutische Hindernisse bei der Behandlung von männlicher Magersucht

Falbesaner gibt an, dass die Diagnose „Essstörung“ in allgemeinärztlichen Praxen (die in der Regel die erste Anlaufstelle bei körperlichen Beschwerden sind) wenig gestellt würde. Bei der Auswertung der 50 am häufigsten beklagten Beschwerden von Patient*innen komme die Störung nicht vor, obwohl sie einer Vielzahl von sekundären Erkrankungen zugrunde liege (vgl. Falbesaner 2017, 9). Viel häufiger konsultierten Betroffene einen Arzt, weil sie die körperlichen Leiden, die durch die Essstörung verursacht würden, behandeln lassen wollten. Hierbei handelt es sich beispielsweise um Herz-Kreislaufprobleme, Rücken- und Gelenkschmerzen oder hormonelle Störungen (vgl. ebd.). Es zeigt sich hier erneut, wie stark Betroffene ihr gestörtes Essverhalten sowohl vor sich als auch vor anderen bewusst oder unbewusst verleugnen. Dies führt dazu, dass Essstörungen generell unterdiagnostiziert sind. Jedoch gehen einige Wissenschaftler davon aus, dass die Dunkelziffer bei männlichen an Magersucht Erkrankten noch wesentlich höher sei als bei weiblichen (vgl. Waschescio 2019, 4).

Als mögliche Ursachen für dieses Ungleichgewicht werden im Folgenden diagnostische Hürden und therapeutische Hindernisse in der Behandlung von Männern mit Magersuchtsproblematik beleuchtet.

5.1 Diagnostische Hürden

Einer der wesentlichsten Gründe für die Verkennung von Magersucht bei Männern besteht darin, dass viele Ärzt*innen trotz eindeutiger Symptome nicht an Magersucht als mögliche Grunderkrankung denken und diese dadurch übersehen (vgl. Kersting 2007, 181). Dies lässt darauf schließen, dass viele Mediziner*innen, die wohlmöglich auch nicht für das Thema der männlichen Essstörung sensibilisiert sind, die Störung noch immer als spezifisch weiblich ansehen (vgl. Falbesaner 2017, 9). So wird ein stark abgemagerter Patient zumeist hinsichtlich organischer Ursachen untersucht, mit dem häufigen Resultat, dass bei einem negativen Befund andere psychiatrische Diagnosen vergeben werden als die der Magersucht (vgl. Waschescio 2019, 4). Diese Fehldiagnosen können für die Betroffenen erhebliche Konsequenzen haben, da verordnete Behandlungsmethoden keine Besserung bringen oder gar kontraproduktiv

wirken. Laut Waschescio kommt es vor, dass Patienten, die bereits stark anorektisch sind, als psychotisch klassifiziert werden (vgl. ebd.). Die für AN charakteristischen Symptome wie „Angst vor Gewichtszunahme, die zwanghafte Beschäftigung mit dem eigenen Körper und die verzerrte Körperwahrnehmung [werden] als wahnhaftes Verhalten oder Zeichen einer beginnenden Schizophrenie gedeutet“ (ebd.). Eine derartige Fehldiagnose kann in Anbetracht der Tatsache, dass die Magersuchtsstörung eine der höchsten Mortalitätsraten aufweist, folgeschwer sein (vgl. Zipfel/Löwe/Herzog 2015, 60).

In diesem Zusammenhang ist die Frage relevant, inwiefern die derzeitigen diagnostischen Kriterien der ICD-10 und des DSM-5 für männliche Magersuchterkrankte aussagekräftig sind. In der Forschungsliteratur zum Thema wird gemeinhin bemängelt, dass die Diagnosekriterien aufgrund der spezifischen Symptome von Frauen entwickelt wurden. Die Anwendung auf männliche Betroffene sei daher nicht ohne weiteres möglich (vgl. Waschescio 2019, 4). Die derzeitige Anorexiengrenze von einem BMI-Wert von 17,5 (ICD-10) ist ein Beispiel dafür und wird deshalb mittlerweile in Frage gestellt. Da Männer einen geringeren Körperfettanteil als Frauen haben, kommt es vor, dass sie über diesem BMI-Wert liegen, auch wenn sie körperlich stark unterernährt und ausgezehrt sind (vgl. Waschescio 2019, 4). Studienergebnisse belegen dies; so zeigten junge Männer (zwischen 11-25 Jahren) mit AN in einer Untersuchung trotz eines normalen BMI signifikante Anomalien in den Vitalzeichen und Laborwerten (vgl. Vo 2016, 399 f.).

Die gleiche Problematik zeigt sich in den gegenwärtig gängigen Selbst- und Fremdeinschätzungsinstrumenten, die im Rahmen der Diagnostik eingesetzt werden (vgl. Kersting 2007, 181). In Fragebögen wird eher Bezug auf diejenigen Körperbildängste genommen, die vermehrt durch Frauen geäußert werden, was die Aussagekraft dieser Fragebögen bei männlichen Patienten schmälert (vgl. Waschescio 2019, 4). Männliche Betroffene sorgen sich, wie bereits an anderer Stelle erwähnt, eher um den Umfang einzelner Muskelgruppen, körperliche Stärke und Muskelkraft sowie Schulterbreite und Brustumfang. Diese Aspekte werden in den gängigen Fragebögen jedoch nicht erfragt, was zur Folge hat, dass körperbezogene Sorgen von Jungen und Männern systematisch unterschätzt werden. Dies betrifft zudem auch das exzessive sportliche Training, welches bei Männern fälschlicherweise selten im Zusammenhang mit Essstörung gesehen wird (siehe Kapitel 4.3.3) (vgl. Waschescio 2019, 4).

5.2 Therapeutische Hürden

Die stationäre und ambulante Behandlung von Magersucht basiert vorwiegend auf vereinheitlichten therapeutischen Grundsätzen und Methoden, die selten geschlechtsspezifisch ausgerichtet sind (vgl. Kersting 2007, 182). Dies erscheint in Teilen gerechtfertigt, da es bei Frauen und Männern große Überschneidungen hinsichtlich der auftretenden Symptome und Verhaltensweisen gibt. Dennoch belegen Studien, dass es neben den vielen Gemeinsamkeiten auch geschlechtsspezifische Unterschiede gibt, die bei der Behandlung wesentlich sind (vgl. ebd.). Jedoch seien laut der Wissenschaftsjournalistin und Diplom-Psychologin Sonnenmoser eine große Anzahl von Ärzt*innen gegen eine geschlechtsspezifische Behandlung für Männer mit Essstörungen. Stattdessen würden sie empirisch geprüfte Behandlungsverfahren befürworten, die sich in der Essstörungsbehandlung bereits bewährt hätten (vgl. Sonnenmoser 2017, 586). Der Großteil der wissenschaftlichen Studien zur Magersuchtsbehandlung wurde jedoch an Mädchen und Frauen durchgeführt. Hier wird erneut deutlich, dass Männer mit ihren spezifisch männlichen Magersuchtssymptomen und dem sich dadurch ergebenden Behandlungsbedarf wenig beachtet bzw. übergangen werden.

Dies zeigt sich beispielsweise in Gruppentherapierunden, bei denen Männer in der Regel die deutliche Minderheit darstellen. In einem in dem Internetportal „Anorexie – Heute sind doch alle magersüchtig“ (das von der Journalistin Burgard-Arp betrieben wird und 2015 für den Grimme Online Award nominiert war) erschienenen Interview beschreibt ein Mann die Umstände wie folgt: „Obwohl ich die Frauen größtenteils verstehen konnte, und unsere Probleme ähnlich sind, kam es zu skurrilen Situationen“ (vgl. Burgard-Arp 2020 b), o.S.). Beispiele hierfür waren etwa Momente, in denen Frauen über ihre Problemzonen wie Bauch, Busen und Po redeten, oder jene, in denen Themen, die die eigene Männlichkeit und Sexualität betrafen, aus Scham vor der überwiegend weiblichen Gruppe verschwiegen wurden. So gab der Interviewte folgendes an: „Wie viele Essgestörte habe ich Angst zu versagen, vor allem beim Sex. Doch in einem Raum voller Mädchen fragt man nicht mal eben: ‚Und, wie geht es euch damit?‘“ Ebenso habe er nicht erwähnt, dass er sich einsam fühle und sich nach Nähe sehne. Die Angst, als schwach und unmännlich zu wirken, habe ihn davon abgehalten (vgl. ebd.).

Diese Beschreibung zeigt, dass ein geschlechterübergreifendes Behandlungskonzept dazu führen kann, dass Männer ihre Ängste auch innerhalb der Therapie nicht offen äußern und wei-

terhin verstecken. Es kann davon ausgegangen werden, dass dies einem Behandlungserfolg deutlich im Wege steht. Sonnenmoser fordert daher, dass Interventionsmaßnahmen in bestimmten Bereichen auf Männer zugeschnitten werden (vgl. Sonnenmoser, 586). So sollten Männer beispielsweise in Gruppentherapien unter sich bleiben, um Hemmungen und Schamgefühle abbauen zu können. Dieser Ansicht ist auch Rauh, die im Experteninterview angibt, dass sie wegen dieser Problematik keine Männer mehr in ihrer Klinik behandle. Aufgrund zu geringer Nachfrage (nur ein bis zwei männliche Patienten pro Jahr) habe sie keine auf Männer zugeschnittene Gruppe anbieten können (vgl. Burgard-Arp 2020 b), o.S.). In gemischten Gruppen blieben spezifisch männliche Probleme oftmals unausgesprochen. Es sei dadurch schwer, die männlichen Patienten mit ihren jeweiligen Krankheitsfaktoren angemessen zu behandeln: „Das ist bei einer derart komplexen Krankheit gesellschaftlich und therapeutisch ein großer Nachteil. Wir empfehlen den Männern dann immer das Angebot größerer Kliniken“ (vgl. ebd.).

Auch Falbesaner plädiert für einen geschlechtsspezifischen Umgang mit Männern mit Essstörungen, den er aufgrund der männlichen Sozialisation für nötig hält (vgl. Falbesaner 2017, 10). Er ist der Ansicht, dass eine ambulante Einleitung der stationären Therapie für Männer mit AN, sofern kein lebensbedrohliches Untergewicht vorhanden ist, leichter sein könnte als eine direkte stationäre Aufnahme. Aufgrund des starken Dranges, Schwierigkeiten eigenständig bewältigen zu wollen, sei es für Männer in der Regel schwer, therapeutische Unterstützung anzunehmen (vgl. ebd.). Eine weitere Schwierigkeit sieht er in dem Umstand, dass Essstörungsabteilungen von Kliniken stark von weiblichen Patientinnen dominiert sind und es Männern daher an „fortgeschrittenen und motivierenden Gesundungsmodellen mangelt“, da es kaum männliche Mitpatienten gibt, an deren Behandlungserfolgen sie sich orientieren können (ebd.).

6. Über die Notwendigkeit einer geschlechtssensibleren fachlichen und gesellschaftlichen Aufklärung

Das Robert-Koch-Institut hat 2014 einen sogenannten Männergesundheitsbericht veröffentlicht, in dem hinsichtlich Essstörungserkrankungen bei Männern Folgendes festgestellt wird:

„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 vereinzelt angeboten, so z.B. reine Männergruppen in Kliniken, die auf die Behandlung von Essstörungen spezialisiert sind“ (Robert-Koch-Institut 2004, 67).

Winter und Neubauer teilen die Einschätzung, dass spezifische Präventions-, Beratungs- und Therapieangebote für Jungen und Männer derzeit kaum vorhanden seien und die Versorgungsstruktur für männliche von einer Essstörung Betroffene somit als unzureichend zu bewerten ist (vgl. Winter/Neubauer 2019, 47). Wie bereits angedeutet, ist dies zu einem nicht unwesentlichen Teil auf eine weit verbreitete fehlende Sensibilisierung für männliche Essstörungssymptomatiken auf Seiten des medizinischen Fachpersonals zurückzuführen (vgl. ebd., 48). Jedoch sollte eine stärkere Sensibilisierung nicht nur bei Ärzt*innen und Therapeut*innen gefördert werden, sondern auch bei Pädagog*innen (in den Bereichen Schule, Sportverein etc.) und Fachkräften der Sozialen Arbeit, die in der Beratung tätig sind. Auch ein sensiblerer Umgang mit dem Thema in den Medien ist erstrebenswert (vgl. ebd.). Auch wenn Magersucht bzw. Essstörungen vorwiegend bei Mädchen und Frauen auftreten und es nachvollziehbar ist, dass männliche AN eher als Randthema betrachtet wird, ist davon auszugehen, dass diese Einstellung einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung von männlichen Betroffenen im Weg steht. Vielmehr wird dadurch der „Exotenstatus“ männlicher Magersüchtiger, der den Erkrankten anhaftet, aufrechterhalten (vgl. ebd., 31; 48). Dies kann wiederum zur Folge haben, dass ein Wegschauen hierdurch legitimiert und Betroffenen nicht geholfen wird. Winter und Neubauer plädieren aus diesem Grund dafür, Essstörungen zu „entfeminisieren“, indem darauf verzichtet wird, explizit zu betonen, dass die Anzahl männlicher Betroffener so gering ist, und Relationsaussagen zu vermeiden (vgl. ebd., 48). Diese Forderung erscheint nachvollziehbar und angebracht, da im Zuge der Literaturliteraturauswertung für diese Arbeit besonders auffällig war, dass das Störungsbild der männlichen Magersucht selten ohne einen Vergleich zu weiblicher Magersucht untersucht und dargestellt wurde. Dadurch könnte der Eindruck erweckt werden, dass dieses Thema weniger bedeutsam ist als die Magersuchtsstörung bei

Frauen und daher kein Anrecht besitzt, eigenständig betrachtet zu werden. Dennoch hat jede Person, die an einer Erkrankung leidet – unabhängig vom Geschlecht oder der Verbreitung dieser Erkrankung innerhalb einer bestimmten Gruppe – einen Anspruch auf die bestmögliche gesundheitsfördernde Versorgung. Somit ist es legitim, von den im Gesundheitssystem wirkenden Akteur*innen zu fordern, dass sie ihre Verantwortung anerkennen und die notwendigen zielgruppenspezifischen Angebote für männliche an Magersucht Erkrankte im Bereich Behandlung, Therapie und Beratung bereitstellen (vgl. ebd. 47).

Als ein positives Beispiel ist in diesem Zusammenhang die seit 2018 existierende erste und bisher einzige Anlaufstelle für Jungen und Männern mit Essstörungen in Hamburg zu nennen. Die Beratungsstelle „Starthilfe für MUTige Jugendliche mit Essstörungen“, kurz „SMUTje“, des Vereins Therapiehilfe e.V. bieten niedrigschwellige Beratung für Jungen und Männer im Rahmen des Projekts „Mann* an Bord“ an. Das Hauptziel besteht darin, die oft hohe Hemmschwelle, an der betroffene Männer aufgrund von Schamgefühlen scheitern, abzubauen und einen zügigen Zugang zum Hilfe- und Behandlungssystem zu ermöglichen. (vgl. SMUTje, 08.01.2020: Hauptseite 2a). Darüber hinaus setzt sich der Verein dafür ein, öffentlich auf das Thema „Männer mit Essstörungen“ aufmerksam zu machen. Beispiele hierfür sind etwa das mehrfach ausgezeichnete Fotoprojekt „A Story to Tell“, das in Kooperation mit der Künstlerin Mafalda Rako initiiert wurde und elf Männer portraitiert, die von AN, BN und Binge Eating Disorder betroffen sind, oder eine Lesung des Journalisten Christian Frommert, welcher selbst seit langer Zeit an AN erkrankt ist, aus seiner Autobiographie (vgl. SMUTje, 08.01.2020: Hauptseite 2b).

7. Fazit

In der vorliegenden Arbeit wurde deutlich, dass es notwendig ist, die jeweiligen Faktoren der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Magersuchtsstörung bei Männern im Kontext von männerspezifischen, familiären, sozialen, kulturellen und gesellschaftlichen Einflüssen zu untersuchen. Allein aufgrund der Tatsache, dass Männer im Laufe ihrer Sozialisation mit anderen gesellschaftlichen Ansprüchen und Erwartungen konfrontiert werden als Frauen – im Hinblick darauf, wie ein Mann zu handeln, auszusehen, zu denken, zu fühlen und letztlich wie er krank zu sein hat – können sich bei ihnen eben auch andere psychisch belastende Konfliktsituationen ergeben, die eine Magersuchterkrankung begünstigen, als bei Frauen. Es ist also von großer Wichtigkeit, dass anorektische Jungen und Männer stärker in den Blickpunkt des wissenschaftlichen Interesses rücken, damit Forscher und Mediziner ein dezidierteres Bild von AN und ihren geschlechtsspezifischen Ursachen erlangen können.

Dies wird aktuell noch dadurch behindert, dass die Störung noch immer als typische Frauenkrankheit gilt. Dies führt sowohl auf einer medizinischen als auch auf einer individuellen sowie gesellschaftlichen Ebene zu immensen Schwierigkeiten und Hürden im Hinblick auf das An- und Erkennen einer Anorexie bei Jungen und Männern. Zum einen wird die Erkrankung bei männlichen Betroffenen von Ärzt*innen häufig übersehen oder fehldiagnostiziert, da die Diagnosekriterien zu stark auf weibliche Patientinnen ausgerichtet sind. Hinzu kommt, dass Kliniken zumeist nach Behandlungskonzepten arbeiten, die jungen- und männerspezifische Problemschwerpunkte zu wenig aufgreifen und bearbeiten. Zum anderen führt die Etikettierung als „Frauenkrankheit“ dazu, dass Jungen und Männer sich wegen ihrer AN schämen und Angst davor haben, aufgrund dieser von ihrem sozialen Umfeld stigmatisiert zu werden. Zudem fühlen sich viele männliche Erkrankte als Sonderlinge, da wenig darüber bekannt ist, dass Männer ebenso an AN erkranken können, und begeben sich daher nicht oder zu spät in Behandlung. Dies kann mitunter lebensbedrohliche Konsequenzen haben.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine geschlechtssensiblere fachliche und gesellschaftliche Aufklärung zu einer schnelleren und angemesseneren Behandlung erkrankter Männer führen kann.

Ein differenzierter Blick auf sämtliche Aspekte des Themas Essstörungen bei Männern und die Sensibilisierung dafür ist jedoch nicht nur für die medizinische Versorgung notwendig und

längst überfällig. Auch für Sozialarbeiter*innen sind Kenntnisse in diesem Bereich hilfreich, wenn sie etwa in Beratungsstellen, Schulen oder Vereinen tätig sind – nicht nur in solchen, die sich dem Thema Essstörungen widmen, sondern auch in anderen. Sozialarbeitenden kommt hier sogar eine bedeutsame Rolle zu. Wie in dieser Arbeit gezeigt wurde, stellen Diagnose und Behandlung von männlicher AN nach wie vor ein Problem dar, da betroffene Männer und Jungen sich aufgrund vielfältiger Ursachen häufig nicht trauen, sich Hilfe zu holen. Ärzt*innen werden oft erst spät aufgesucht, und auch dann ist es nicht selbstverständlich, dass eine korrekte Diagnose und angemessene Behandlung erfolgt, da diese die Erkrankung häufig verkennen. Sozialarbeiter*innen sind hier durch ihre Nähe zur und ihren Fokus auf die Lebenswelt der*des Klient*in mehr als alle anderen Berufsgruppen in der Lage, bereits früher und niedrigschwelliger Unterstützung anzubieten oder Hilfen einzuleiten. Nachdem sich in dieser Ausarbeitung gezeigt hat, wie facettenreich das Thema männlicher Magersucht ist, wie komplex und teilweise schwierig zu erfassen, ist offenbar, dass die der Profession der Sozialen Arbeit zugrundeliegende ganzheitliche Betrachtungsweise des Menschen in seiner Umwelt mit all ihren Einflüssen bei der Arbeit mit von AN betroffenen Männern ein großer Vorteil für Sozialarbeitende ist. Sie sind somit in besonderem Maße in der Pflicht, sich dieses Themas anzunehmen, nicht zuletzt auch aufgrund ihres gesellschaftlichen Mandats, vor dessen Hintergrund sie gerade auch gegen Stigmatisierung eintreten sowie nach einer Verbesserung der medizinischen und therapeutischen Versorgung von Männern mit AN eintreten können.

Nachdem in der vorliegenden Arbeit ein Überblick über die wichtigsten Aspekte des Themas gegeben und deutlich wurde, dass männliche Magersucht im Allgemeinen stärker in den Fokus der Forschung rücken muss, bleibt im Ausblick noch festzuhalten, dass es eine Reihe von spezielleren Unterthemen gibt, deren nähere Betrachtung lohnenswert erscheint. Dazu gehören etwa die Auswirkungen von Magersucht bei Männern auf deren Sexualität, die Frage nach besonderen Faktoren, die zur Entstehung und/oder Festigung einer Essstörungsproblematik bei homosexuellen Männern im Besonderen oder die Untersuchung von AN bei älteren Männern. Vor dem Hintergrund der allzu geringen Anzahl von männerspezifischen Angeboten in der Prävention und Behandlung männlicher Essstörungen ist auch eine Untersuchung ebenjener existierenden Angebote sinnvoll, um auf Grundlage ihrer Erfolge oder Hürden weitere Angebot für Männer mit Magersucht zu konzipieren.

Literaturverzeichnis

American Psychiatric Association (APA) (2015): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5 (Deutsche Ausgabe herausgegeben von Falkai, Peter/Wittchen, Hans-Ulrich). 2., korr. Aufl. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Arnold, Melanie (2015): Informationspapier Essstörungen. München: Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen, 2015, 1-12. Online unter: https://www.bas-muenchen.de/fileadmin/documents/pdf/Publikationen/Papiere/BAS_UG_Informationsblatt_Esst%C3%B6rungen_Suchtforum_2015_TN_150409_final.pdf (Zugriff: 06.01.2020).

Benninghoven, Dieter et al. (2006): Körperbilder männlicher Patienten mit Essstörungen. In: Psychother Psych Med, 2007, 120-127. Online unter: <https://doi.org/10.1055/s-2006-951955> (Zugriff: 07.01.2020).

Bruch, Hilde (1978): The Golden Cage: The Enigma of Anorexia Nervosa. Cambridge/Massachusetts: Harvard University Press.

Bruch, Hilde (1971): Anorexia nervosa in the male. In: Psychosomatic Medicine, 1971 (1), 31-47.

Burgard-Arp, Nora (2020 a): Viele Eltern fühlen sich alleingelassen. Online unter: <http://www.anorexie-heute.de/de/menschen/Eltern-magersucht-therapie.html> (Zugriff: 06.01.2020).

Burgard-Arp, Nora (2020 b): Allein unter Frauen: Anorexie bei Männern. Online unter: <http://www.anorexie-heute.de/de/seele/anorexie-bei-maennern.html> (Zugriff: 10.01.2020).

Cash, Thomas F./Hrabosky, Joshua (2004): Treatment of Boy Image Disturbances. In: Thompson, Joel K. (Hrsg.): Handbook of eating disorders and obesity. New Jersey: John Wiley & Sons, 515-541.

de Beer, Zach/Wren, Bernadette (2012): Eating Disorders in Males. In: Fox, John R.E./Goss, Ken P. (Hrsg.): Eating and its Disorders. Chichester: John Wiley & Sons, 428-441. Online unter: <https://doi.org/10.1002/9781118328910> (Zugriff: 07.01.2020).

Dechêne, Markus (2008): Essstörungen bei Männern. In: Blickpunkt der Mann, 2008 (3), 20-22.

Dudenredaktion (o.J.): „Anorexie“. Online unter: <https://www.duden.de/node/6782/revision/6809> (Zugriff: 08.01.2020)

Dilling, Horst/Mambour, Werner/Schmidt, Martin H. (Hrsg.) (2015): ICD-10. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F), klinisch-diagnostische Leitlinien. 10., überarb. Aufl. Bern: Hogrefe Verlag.

Duncan, Laramie et al. (2017): Significant Locus and Metabolic Genetic Correlations Revealed in Genome-Wide Association Study of Anorexia Nervosa. In: *The American Journal of Psychiatry*, 2017 (9), 850-858. Online unter: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.16121402> (Zugriff: 06.01.2020).

Einhundert (2014): Magersucht – Leben auf 0,1. Deutschlandfunk-Nova-Hörfunkbeitrag, 04.07.2014: min.: 0,57-1,17. Online unter: <https://www.deutschlandfunknova.de/beitrag/ein-mann-mit-magersucht-und-einem-versuch-sie-zu-erkl%C3%A4ren> (Zugriff: 10.01.2020).

Fahrig, Hermann/Horn, Hildegard (2013): Magersucht bei Kindern und Jugendlichen. In: Seidler, Günter H. (Hrsg.): *Magersucht. Öffentliches Geheimnis*. Gießen: Psychosozial-Verlag, 10-27.

Falbesaner, Thomas (2017): Magersucht bei Männern. In: *Impulse für Gesundheitsförderung der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen*. 2017 (94), 9-10. Online unter: <https://www.gesundheit-nds.de/images/pdfs/impulse/LVG-Zeitschrift-Nr94-Web.pdf> (Zugriff: 07.01.2020).

Fichter, Manfred (1985): *Magersucht und Bulimia. Empirische Untersuchungen zur Epidemiologie, Symptomatologie, Nosologie und zum Verlauf*. Berlin/Heidelberg/New York: Springer-Verlag.

Fichter, Manfred (2015): Epidemiologie der Essstörungen. In: Herpetz, Stephan/de Zwaan, Martina/Zipfel, Stephan (Hrsg.): *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag, 45-55.

Friederich, Hans-Christoph et. al. (2014): *Anorexia nervosa. Fokale psychodynamische Psychotherapie*. Göttingen/Bern/Wien: Hogrefe Verlag (Praxis der psychodynamischen Psychotherapie – analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie; 5).

Frieling, Helge/Bleich, Stefan/Hinney, Anke: Genetische Aspekte der Essstörungen. In: Herpetz, Stephan/de Zwaan, Martina/Zipfel, Stephan (Hrsg.): *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag, 113-117.

Grieve, Frederick G./Truba, Natalie/Bowersox, Sandy (2009): Etiology, Assessment, and Treatment of Muscle Dysmorphia. In: *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 2009 (4), 306-314. Online unter: <https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.4.306> (Zugriff: 09.01.2020).

Grunwald, Klaus/Thiersch, Hans (2004): Das Konzept Lebensweltorientierte Soziale Arbeit – einleitende Bemerkungen: In: Grunwald, Klaus/Thiersch, Hans (Hrsg.): Praxis Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit. Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. Weinheim/München: Juventa Verlag, 13-39.

Habermas, Tilmann (1994): Zur Geschichte der Magersucht. Eine medizinpsychologische Rekonstruktion. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuchverlag.

Habermas, Tilmann (2015): Klassifikation und Diagnose: Eine historische Betrachtung. In: Herpertz, Stephan/de Zwaan, Martina/ Zipfel, Stephan (Hrsg.): Handbuch Essstörungen und Adipositas. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, 3-8.

Herpertz-Dahlmann, Beate et al. (2005): Essstörungen in der Adoleszenz. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 54, 2005 (4), 248-267.

Hogrefe Verlag (2016). DSM und ICD, online unter: www.hogrefe.de/themen/klinik/artikeldetailansicht/DSM%20und%20ICD-313 (Zugriff: 04.01.2020).

Hollstein, Walter (2002): Der Mann als Täter und Opfer. Die Erkenntnisleistung der Männerforschung für den Kontext von Gesundheit und Krankheit. In: Hurrelmann, Klaus/Kolip, Petra (Hrsg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern/Göttingen/Toronto: Verlag Hans Huber, 53-66.

Hombach, Stella (2019): Mediziner über Auslöser der Anorexie. In: taz, 26.08.2019, o.S. Online unter: <https://taz.de/Mediziner-ueber-Ausloeser-der-Anorexie/!5617647/> (Zugriff: 06.01.2020).

International Academy of Body Image, Eating Problems and Health (o.J.): Hauptseite, online unter: <http://www.uqac.ca/abeh/> (Zugriff: 09.01.2020).

Jäger, Burgard (2015): Soziokulturelle Aspekte der Essstörungen. In: Herpertz, Stephan/de Zwaan, Martina/Zipfel, Stephan (Hrsg.): Handbuch Essstörungen und Adipositas. Berlin/ Heidelberg: Springer-Verlag, 133-140.

Kersting, Anette (2007): Essstörungen. In: Rohde, Anke/Marneros, Andreas (Hrsg.): Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 178-183.

Kolip, Petra/Hurrelmann, Klaus (2002): Geschlecht – Gesundheit – Krankheit: Eine Einführung. In: Hurrelmann, Klaus/Kolip, Petra (Hrsg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern/Göttingen/Toronto: Verlag Hans Huber, 13-31.

Kreikebaum, Susanne (1999): Körperbild, Körperzufriedenheit, Diätverhalten und Selbstwert bei Mädchen und Jungen im Alter von sieben bis dreizehn: Eine interkulturelle Vergleichsstudie (USA-D) und Längsschnittuntersuchung (D). Dissertation, Universität zu Köln. Online unter: <https://kups.ub.uni-koeln.de/543/> (Zugriff: 07.01.2020).

Krenn, Heidelinde (2003): Eßstörungen bei Männern. Charakteristika des Verlaufs von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa bei Männern und Vergleich mit einer weiblichen Stichprobe. Dissertation, Philipps-Universität Marburg. Online unter: <http://archiv.ub.uni-marburg.de/diss/z2004/0101/pdf/dhk.pdf> (Zugriff: 09.01.2020).

Lindblad, Frank/Lindberg, Lene/Hjern, Anders (2006): Anorexia Nervosa in Young Men: A Cohort Study. In: *The International Journal of Eating Disorders*, 2006 (8), 662-666. Online unter: <https://doi.org/10.1002/eat.20261> (Zugriff: 06.01.2020).

Mangweth, Barbara et al. (2003): Body Fat Perception in Eating-Disordered Men. In: *The International Journal of Eating Disorders*, 2003 (1), 102-108. Online unter: <https://doi.org/10.1002/eat.10230> (Zugriff: 07.01.2020).

Mangweth-Matzek, Barbara (2015): Essstörungen bei Männern. In: Herpetz, Stephan/de Zwaan, Martina/Zipfel, Stephan (Hrsg.): *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. Berlin/ Heidelberg: Springer-Verlag, 91-97.

Margarf, Jürgen/Maier, Wolfgang (Hrsg.) (2012): *Psyhyrembel Psychiatrie, klinische Psychologie, Psychotherapie*. 2., überarb. Aufl. Berlin/Boston: De Gruyter Verlag.

Menschen hautnah (2017): 50 Kilo bei 1, 89 Meter – Wenn Männer magersüchtig sind. WDR-Dokumentation, 12.12.2018, 12:14-12.30; 14:10-14:25; 43:20-43:30. Online unter: <https://www.youtube.com/watch?v=PWPimoK0oW8> (Zugriff: 10.01.2020).

Merbach, Martin/Singer, Susanne/Brähler, Elmar (2002): Psychische Störungen bei Männern und Frauen. In: Hurrelmann, Klaus/Kolip, Petra (Hrsg.): *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich*. Bern/Göttingen/Toronto: Verlag Hans Huber, 258-271.

Mitchison, Deborah/Mond, Jonathan (2015). Epidemiology of eating disorders, eating disordered behaviour, and body image disturbance in males: a narrative review. In: *Journal of Eating Disorders*, 2015 (3), 1-9. Online unter: <https://doi.org/10.1186/s40337-015-0058-y> (Zugriff: 04.01.2020).

Murray, Stuart B. et al. (2017): The enigma of male disorders: A critical review and synthesis. In: *Clinical Psychology Review*, 2017, 1-11. Online unter: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.08.001> (Zugriff: 08.01.2020).

Platen, Petra (2015): Essstörungen und Leistungssport In: Herpetz, Stephan/de Zwaan, Martina/Zipfel, Stephan (Hrsg.): *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. Berlin/ Heidelberg: Springer-Verlag, 99-110.

Pope, Harrison et al. (1997): Muscle Dysmorphia: An Underrecognized Form of Body Dysmorphic Disorder. In: *Psychosomatics*, 1997 (38), 548-557.

Pope, Harrison G./Phillips, Katharina A./Olivardia, Roberto (2001): *Der Adonis-Komplex. Schönheitswahn und Körperkult bei Männern*. Übersetzt von Althoetmar-Smarczyk, Susanne. München: Deutscher Taschenbuchverlag.

Reich, Günter (2015): Familientherapie der Essstörungen. In: Herpetz, Stephan/de Zwaan, Martina/Zipfel, Stephan (Hrsg.): *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag, 255-262.

Reich, Günter/von Boetticher, Antje (2017): *Hungern, um zu leben – die Paradoxie der Magersucht. Psychodynamische und familientherapeutische Konzepte*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Resmark, Gaby (2015): Verhaltenstherapeutische Modellvorstellungen. In: Herpetz, Stephan/de Zwaan, Martina/Zipfel, Stephan (Hrsg.): *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag, 79-83.

Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2004): *Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, Berlin.

Online unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/maennergesundheit.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff: 08.01.2020).

Schweiger, Ulrich (2015): Diagnostik von Essstörungen. In: Herpetz, Stephan/de Zwaan, Martina/Zipfel, Stephan (Hrsg.): *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag, 35-42.

Shroff, Hemal/Thompson, Kevin (2006): The tripartite influence model of body image and eating disturbance: A replication with adolescent girls. In: *Body Image*, 2006 (1), 17-23. Online unter: <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.10.004> (Zugriff: 07.01.2020).

Simchen, Helga (2016): *Essstörungen und Persönlichkeit. Magersucht, Bulimie und Übergewicht – warum Essen und Hungern zur Sucht werden*. 2. akt. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Simonovic, Vasilija/Ernst, Jean-Philippe (2011): Stigmatisierung bei Anorexia nervosa. Eine thematische Einführung. In: Groß, Dominik/Simonovic, Vasilija (Hrsg.): *Stigmatisierung bei Anorexia nervosa*. Kassel: kassel university press (Aachener Beiträge zur klinischen Ethik), 7-16. Online unter: <https://www.uni-kassel.de/upress/online/frei/978-3-86219-194-9.volltext.frei.pdf> (Zugriff: 09.01.2020).

Sonnenmoser, Marion (2017): Essstörungen bei Männern. Nicht nur eine „Frauenkrankheit“. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 2017 (12), 586. Online unter: <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=195309> (Zugriff: 08.01.2020).

Stahr, Ingeborg/Barb-Priebe, Ingrid/Schulz, Elke (2003): *Essstörungen und die Suche nach Identität. Ursachen, Entwicklungen und Behandlungsmöglichkeiten*. 3. Aufl. Weinheim/München: Juventa Verlag.

Stanford, Jacqueline N./McCabe, Marita P. (2005): Sociocultural influences on adolescent boys' body image and body change strategies. In: *Body Image*, 2005 (2), 105-113. Online unter: <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.03.002> (Zugriff: 09.01.2020).

Starthilfe für MUTige Jugendliche mit Essstörungen (SMUTje) (2020): Hauptseite 2a, online unter: <http://www.smutje-hh.de/?p=7696> (Zugriff: 08.01.2020).

Starthilfe für MUTige Jugendliche mit Essstörungen (SMUTje) (2020): Hauptseite 2b, online unter: <http://www.smutje-hh.de/?p=7624> (Zugriff: 08.01.2020).

Stice, Eric (2002): Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. In: *Psychological Bulletin*, 2002 (128), 825-848. Online unter: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.5.825> (Zugriff: 07.01.2020).

Strober, Michael et al. (2000): Controlled Family Study of Anorexia Nervosa: Evidence of Shared Liability and Transmission of Partial Syndromes. In: *The American Journal of Psychiatry*, 2000 (157), 325-333. Online unter: www.ajp.psychiatryonline.org (Zugriff: 06.01.2020).

Strober, Michael et al. (2001): Males with anorexia nervosa: A controlled study of eating disorder in first-degree relatives. In: *The International Journal of Eating Disorders*, 2001 (29), 263-269. Online unter: <https://doi.org/10.1002/eat.1017> (Zugriff: 10.01.2020).

Tuschen-Caffier, Brunna (2015): Körperbildstörungen. In: Herpertz, Stephan/de Zwaan, Martina/ Zipfel, Stephan (Hrsg.): Handbuch Essstörungen und Adipositas. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, 141-146.

Vandereycken, Walter/von Deth, Ron/Meermann, Rolf (2003): Wundermädchen, Hungerkünstler, Magersucht. Eine Kulturgeschichte der Ess-Störungen. Weinheim Basel Berlin: Beltz Verlag.

Vincent, Maureen A./McCabe, Marita P. (1999): Gender Differences Among Adolescents in Family, and Peer Influences on Body Dissatisfaction, Weight Loss, and Binge Eating Behaviors. In: Journal of Youth and Adolescence, 2000 (2), 205-221. Online unter: <https://doi:10.1023/A:1005156616173> (Zugriff: 09.01.2020).

Vo, Megen et al. (2016): Eating Disorder in Adolescent and Young Adult Males: Presenting Characteristics. In: Journal of Adolescent Health, 2016, 397-400.
Online unter: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.04.005> (Zugriff: 08.01.2020).

Vocks, Silja/Bauer, Anika/Legenbauer, Tanja (2018): Körperbildtherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm. 3., vollst. überarb. Aufl. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Waschescio, Ute (2019): Essstörungen bei Jungen und Männern aus psychotherapeutischer Sicht. In: Landesfachstelle Essstörungen NRW (Hrsg.): Essstörungen bei Jungen und Männern. 3-27.
Online unter: https://www.landesfachstelle-essstoerungen-nrw.de/fileadmin/contents/Broschueren/Essstoerungen_bei_Jungen_und_Maennern.pdf (Zugriff: 09.01.2020).

Watson, Hunna et al. (2019): Genome-wide association study identifies eight risk loci and implicates metabo-psychiatric origins for anorexia nervosa. In: Nature Genetics, 2019. 1207-1214. Online unter: <https://doi.org/10.1038/s41588-019-0439-2> (Zugriff: 06.01.2020).

Winter, Reinhard/Neubauer, Gunter (2019): Körper und Geschlecht bei Jungen und Männern – eine sozialwissenschaftliche Betrachtung. In: Landesfachstelle Essstörungen NRW (Hrsg.): Essstörungen bei Jungen und Männern. 28-52. Online unter: https://www.landesfachstelle-essstoerungen-nrw.de/fileadmin/contents/Broschueren/Essstoerungen_bei_Jungen_und_Maennern.pdf (Zugriff: 09.01.2020).

Wooldridge, Tom/Lyte, Pauline (2012): An Overview of Anorexia Nervosa in Males. In: Eating Disorders. The Journal of Treatment und Prevention, 2012 (5), 368-378. Online unter: <https://doi.org/10.1080/10640266.2012.715515> (Zugriff: 06.01.2020).

World Health Organization (2020): Classifications, online unter: www.who.int/classifications/icd/en/ (Zugriff: 04.01.2020).

World Health Organization (2020): Body mass index – BMI, online unter: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi> (Zugriff: 09.01.2020).

Zipfel, Stephan/Löwe, Bernd/Herzog, Wolfgang (2015): Verlauf und Prognose der Anorexia nervosa. In: Herpetz, Stephan/de Zwaan, Martina/Zipfel, Stephan (Hrsg.): Handbuch Essstörungen und Adipositas. Berlin/ Heidelberg: Springer-Verlag, 57-61.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift