



Fallstudie – Essstörungen

1. Situation

Der 15-jährige Jonas R. wird in der Schule aufgrund wiederholten Zuspätkommens und Fehlzeiten auffällig. Mehrfache Ermahnungen und ein Gespräch mit der Klassenlehrerin zeigen keine Veränderungen im Verhalten. Auch fällt der Klassenlehrerin auf, dass der Junge sich zunehmend zurückzieht: Die Mittagspausen würde er nicht mehr zusammen mit seinen KlassenkameradInnen in der Cafeteria verbringen und auch von seiner festen Freundin scheine er sich zunehmend zu distanzieren. Der früher eher kräftige Junge habe sich in den letzten Monaten zudem auch äußerlich stark verändert und deutlich an Gewicht abgenommen, so dass er fast „ein bisschen krank“ aussehe. Aber vielleicht sei das ja ganz normal und er habe einfach seinen „Babyspeck“ verloren? Nach einigem Zögern und nach Absprache mit den Eltern, kontaktiert die verunsicherte Klassenlehrerin schließlich doch den Schulpsychologen, der mit Jonas R. einen Termin vereinbart.

In einem ersten Gespräch erhält der Schulpsychologe folgende Kontextinformationen: Das ständige Zuspätkommen und Fehlen wäre kein grundsätzliches Desinteresse an der Schule, so Jonas R. Vielmehr würde sein intensives Sportprogramm ihm einfach nicht mehr genügend Zeit für die Schule lassen. Läufer sei er schon seit einigen Jahren, aber vor einem knappen halben Jahr habe er sich im Internet ein intensives Sportprogramm zusammengestellt, das er jeden Tag absolvieren müsse. Früher sei er nur alle zwei Tage abends gelaufen. Nun hätte er sein Lauftraining auf zwei Mal täglich erhöht, dazu käme dann noch das Krafttraining. Besonders das morgendliche Laufen führe dazu, dass er nicht immer ganz pünktlich zur Schule kommen könne. Sein hartes Training wolle er dann mittags in der Cafeteria nicht kaputt machen. Das Essen dort sei ja nun wirklich nicht gerade kalorienarm. Ernährungsbewusst wie er sei, wolle er auf Kohlenhydrate komplett verzichten und esse mittags lieber zwei Äpfel und bewege sich dabei ein bisschen an der frischen Luft. Durch Internetblogs sei er nun gut informiert, wie man sich richtig ernähre, um einen athletischen Körper zu bekommen. Momentan sei er noch ein wenig dick, aber mit ein bisschen Disziplin könne bestimmt auch er einen „Low-fat-Look“ erreichen. Früher sei er häufig den Hänseleien der anderen Jungen ausgesetzt gewesen, die ihn „Fetti“ genannt haben, das würde er sich jetzt nicht mehr gefallen lassen wollen. Deshalb wäre es auch schrecklich, wieder an Gewicht zuzulegen. Morgens und Abend stehe deshalb vor und nach dem Laufen noch das Wiegen auf dem Programm. Das gehöre bei einem echten Sportler einfach dazu und gebe ihm zudem eine gewisse Sicherheit. Auf die Frage, ob es Probleme

mit seiner Freundin gebe, will Jonas R. nicht so recht Auskunft geben. Sie haben inzwischen wohl einfach unterschiedliche Interessen entwickelt, seine Sportleidenschaft könne die Freundin so gar nicht teilen und außerdem habe er einfach gar keine große Lust mehr auf eine Beziehung. Die Freundin suche immer seine Nähe und das wäre für ihn einfach nicht mehr wichtig.

2. Verdachtsdiagnose

➤ Anorexia nervosa

Jonas R. zeigt deutliche Merkmale restriktiven Essverhaltens und exzessiver sportlicher Betätigung. Außerdem äußert er Furcht vor einer Gewichtszunahme und seine körperliche Selbstwahrnehmung scheint verzerrt (Körperschemastörung?).

In einem zweiten Schritt müsste dieses Essverhalten diagnostisch untersucht (z. B. mit Hilfe des Strukturierten Klinischen Interviews (SKID-I) oder des Eating Disorder Examination-Interviews (EDE-I)) und der BMI (Body Mass Index) berechnet werden (DSM-IV: Bei Anorexia nervosa ist das Körpergewicht unter dem für das jeweilige Geschlecht, Alter, die Entwicklung und dem Gesundheitszustand minimal zu erwartenden Gewichts), um das Vorhandensein einer klinisch relevanten Störung zu überprüfen.

Unabhängig davon, ob eine voll ausgeprägte Essstörung vorliegt oder nicht, besteht die Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung.

INFO: Eine Verdachtsdiagnose ist eine Form der Diagnose, die nicht auf gesicherten Daten beruht, sondern die *intuitiv* aus unvollständigen oder nicht verifizierten Informationen abgeleitet wird, die der/die Behandelnde beispielsweise im Rahmen der Anamnese sammelt.

3. Lernziele – Gendermedizin

1. Diagnose & Behandlung:

Lange Zeit wurde Anorexie bei Männern nicht erkannt oder fälschlicherweise als Schizophrenie eingeordnet. Die symptomatische Körperschemastörung wurde dabei im Kontext eines wahnhaften Verhaltens verstanden. Das DSM-Kriterium einer mindestens seit drei Monaten bestehenden Amenorrhö konnte selbsterklärend nicht greifen. Im ICD-10 wurde dieses Kriterium deshalb durch das Vorhandensein einer endokrinen Störung (die sich bei Frauen als Amenorrhö und Libidoverlust und bei Männern als Libido- und Potenzverlust

manifestiert) ersetzt und damit die Geschlechtsspezifität eliminiert. (1)

Studien der 70er und 80er Jahre bestätigten, dass beim medizinischen Fachpersonal deutliche Defizite bezüglich des Wissens um Geschlechteraspekte bei Essstörungen bestehen. (2) Zum Beispiel gaben in einer Studie von 1979 über 38 Prozent der Allgemeinärzte und -ärztinnen sowie etwa 23 Prozent der Psychiater und Psychiaterinnen via Fragebogen an, weibliches Geschlecht sei eine Voraussetzung für die Entwicklung einer Anorexie. (3) Grundlegende Wissensdefizite bezüglich der Diagnose einer Essstörung scheinen besonders in allgemeinmedizinischen Praxen auch heute noch zu bestehen. (4)

Wissenschaftliche Befunde zum Behandlungserfolg essgestörter Männer (im Vergleich zu Frauen) sind unzureichend und kontrovers. Tendenziell wird ein günstigerer Verlauf bei Männern, die sich in Therapie befinden, festgestellt. Erklärt wird die etwas günstigere Prognose mit den protektiven Faktoren des männlichen Geschlechts (späterer Pubertätsbeginn, weniger Körperfettanteil, etc.). Ähnlich wie bei Frauen vergehen auch bei Männern häufig Monate bis Jahre vom Beginn der Störung bis zum Aufsuchen professioneller Hilfe. Entscheiden sich Männer schließlich für eine Therapie, können sie oft schneller als Frauen ihren prämorbidem Lebensalltag fortsetzen. (5)

2. Psychosoziale Faktoren:

Das männliche Schönheitsideal in westlichen Kulturen beinhaltet den medial übermittelten „low-fat-look“ (möglichst geringer Anteil an Körperfett relativ zur Körpermasse). Bei anorektischen Männern kann im Vergleich zu anorektischen Frauen vermehrt exzessive sportliche Betätigung als purging-Verhalten beobachtet werden. Diese exzessive Betätigung scheint bei Männern ein sozial akzeptiertes (und sogar erwünschtes) Mittel der Gewichtskontrolle zu sein. (6) Zusätzlich kann das männliche Schönheitsideal die Einnahme von Medikamenten wie anabolische Steroide zum Aufbau von Muskelmasse fördern. (7)

Beispielsweise hatten über 40 Prozent der in einer Studie befragten Jungen im Alter von neun bis zwölf Jahren bereits versucht, Gewicht zu verlieren oder zuzunehmen und waren bereit, für dieses Ziel Ernährungsverhalten und sportliche Betätigung auszurichten. (8)

3. Symptome:

Die meisten Studien stimmen darin überein, dass die Symptome einer Essstörung bei beiden Geschlechtern zumindest sehr ähnlich sind. (10-12) Symptomatisch stehen bei Frauen und Männern mit Anorexia nervosa Aspekte wie Gewichtspubie, andauernde Beschäftigung mit

dem Essen und Körperschemastörung (Überzeugung „zu dick“ zu sein) im Vordergrund. Jedoch bestehen häufig Geschlechterunterschiede bezüglich der Art und Weise gewichtsreduzierender Maßnahmen: Während erkrankte Frauen zur Gewichtsreduktion öfter gesundheitsschädliche Praktiken (z. B. mit der Einnahme von Diuretika oder Laxantien und/oder dem Erbrechen nach einer Mahlzeit) anwenden, (13) zeigen erkrankte Männer häufiger exzessive sportliche Betätigung. (14) Zudem tritt die bei Anorexie charakteristische Hyperaktivität öfter bei Männern als bei Frauen auf. (15-16)

Aufgrund der anorektisch bedingten körperlichen Regression manifestiert sich meist bei beiden Geschlechtern eine endokrine Störung, die sich bei Frauen als Amenorrhö und Libidoverlust, bei Männern als Potenz- und Libidoverlust äußert. Es verschwinden häufig sexuelle Bedürfnisse und die Erkrankten leben oft beziehungslos und asexuell. Medizinisch ergeben sich bei Männern die gleichen Symptome wie bei Frauen (u.a. Kachexie, trockene Haut und Lanugobehaarung). Bei beiden Geschlechtern besteht eine hohe Komorbidität mit anderen psychischen Störungen (v. a. affektive Störungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen und Abhängigkeitserkrankungen). Männer mit Essstörungen zeigen im Vergleich zu gesunden Kontrollprobanden höhere Prävalenzen bei Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, Psychosen und Schizophrenie. Die Kausalität bleibt diesbezüglich jedoch unklar. (17)

4. Fazit

Auch Jungen und Männer berichten zunehmend über Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und äußern bereits in frühen Jahren den Wunsch, Gewicht ab- oder zuzunehmen. Restriktives Essverhalten führt zu einer Manipulation des sensiblen Bereichs der Hunger-Sättigungs-Mechanismen und infolgedessen zu einem gestörten Essverhalten. (18)

Erst in den letzten Jahrzehnten haben Essstörungen bei Männern allmählich Forschungsinteresse gewonnen, Publikationen zu essgestörten Männern sind dabei immer noch selten. (19) Bezüglich Verlauf und Prognose gilt es damit besonders bei erkrankten Männern wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse zu gewinnen. (20)

5. Literatur

- (1) Herpertz S, Zwaan M de, Zipfel S. Handbuch Essstörungen und Adipositas: Springer Berlin Heidelberg; 2008. Available from: URL: <https://books.google.de/books?id=fNEPgBXy5HcC>.
- (2) Heidelinde Krenn. Eßstörungen bei Männern: Charakteristika des Verlaufs von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa bei Männern und Vergleich mit einer weiblichen Stichprobe [Dissertation]. Marburg/Lahn: Philipps-Universität; 2003.

- (3) Bhanji S. Anorexia nervosa: physicians' and psychiatrists' opinions and practice. *Journal of Psychosomatic Research*; 23:7–11.
- (4) Noordenbos G. Early identification. In: Treasure, J., Schmidt, U. & van Furth, editor. *Handbook of Eating Disorders*. 2nd ed. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.; 2003.
- (5) Herpertz S, Zwaan M de, Zipfel S. *Handbuch Essstörungen und Adipositas*: Springer Berlin Heidelberg; 2008. Available from: URL: <https://books.google.de/books?id=fNEPgBXy5HcC>.
- (6) Sharp CW, Clark SA, Dunan JR, Blackwood, Douglas H. R., Shapiro CM. Clinical presentation of anorexia nervosa in males: 24 new cases. *Int. J. Eat. Disord.* 1994; 15(2):125–34.
- (7) Pope H, Phillips KA, Olivardia R. *The Adonis complex: The secret crisis of male body obsession*. New York: Free Press; 2000.
- (8) Schur EA, Sanders M, Steiner H. Body dissatisfaction and dieting in young children. *Int. J. Eat. Disord.* 2000; 27(1):74–82.
- (9) Heidelinde Krenn. *Eßstörungen bei Männern: Charakteristika des Verlaufs von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa bei Männern und Vergleich mit einer weiblichen Stichprobe [Dissertation]*. Marburg/Lahn: Philipps-Universität; 2003.
- (10) Woodside, D.B., Garfinkel, P.E., Lin, E., Goering, P., Kaplan, A.S., Goldbloom, D.S., Kennedy SH. Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community. *American Journal of Psychiatry* 2001; 158:570–4.
- (11) Braun DL, Sunday SR, Huang A, Halmi KA. More males seek treatment for eating disorders. *Int. J. Eat. Disord.* 1999; 25(4):415–24.
- (12) Sharp CW, Clark SA, Dunan JR, Blackwood, Douglas H. R., Shapiro CM. Clinical presentation of anorexia nervosa in males: 24 new cases. *Int. J. Eat. Disord.* 1994; 15(2):125–34.
- (13) Lautenbacher S. *Gehirn und Geschlecht: Neurowissenschaft des kleinen Unterschieds zwischen Frau und Mann*. Heidelberg: Springer; 2007.
- (14) Sharp CW, Clark SA, Dunan JR, Blackwood, Douglas H. R., Shapiro CM. Clinical presentation of anorexia nervosa in males: 24 new cases. *Int. J. Eat. Disord.* 1994; 15(2):125–34.
- (15) Fichter MM. *Magersucht und Bulimia: Empirische Untersuchungen zur Epidemiologie, Symptomatologie, Nosologie und zum Verlauf*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer; 1985.

- (16) Garfinkel, P.E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D.S., Kennedy, S., Kaplan, A.S. & Woodside, D.B. Bulimia nervosa in a Canadian community sample: prevalence and comparison of subgroups. *American Journal of Psychiatry* 1995; 152.
- (17) Herpertz S, Zwaan M de, Zipfel S. *Handbuch Essstörungen und Adipositas*: Springer Berlin Heidelberg; 2008. Available from: URL: <https://books.google.de/books?id=fNEPgBXy5HcC>.
- (18) Herpertz S, Zwaan M de, Zipfel S. *Handbuch Essstörungen und Adipositas*: Springer Berlin Heidelberg; 2008. Available from: URL: <https://books.google.de/books?id=fNEPgBXy5HcC>.
- (19) Grabhorn, R., Köpp, W., Gitzinger, I., von Wietersheim, J., & Kaufhold, J. (2003). Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Patienten mit einer Essstörung. *PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, 53(01), 15-22.
- (20) Heidelinde Krenn. *Eßstörungen bei Männern: Charakteristika des Verlaufs von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa bei Männern und Vergleich mit einer weiblichen Stichprobe [Dissertation]*. Marburg: Philipps-Universität; 2003.