

Männliche Magersucht

Essstörungen tauchen in den 50 am häufigsten geklagten Beschwerden in der Allgemeinärztlichen Praxis nicht auf. Dabei nehmen sie den zweiten Platz hinsichtlich der statistischen Bedeutung dieser Erkrankungen ein! Patienten mit Essstörungen wählen meist den Weg über Sekundärbeschwerden. Dem Arzt bleibt also die Aufgabe, aus den Symptomen die aus Scham oder fehlender Bewusstheit heraus verschwiegene Grunderkrankung zu erkennen.

Dr. med. Thomas Falbesaner, Baden-Baden,
Dipl.-Psych. Andrea Czwinik, Borken

Fest steht: Ärzte denken bei mageren Männern trotz eindeutiger Befunde nicht an die Diagnose Magersucht. Diese Erkrankung wird wohl immer noch als spezifisch weiblich angesehen.

Die Prävalenz

Magersucht bei Männern wird oft noch als ein seltenes Phänomen verkannt, obwohl die Fakten dagegen sprechen. Der Anteil der männlichen Betroffenen an der Gesamtzahl der Magersüchtigen wird heute mit fünf bis zehn, z. T. sogar 15 Prozent angegeben. Vermutlich liegt der Anteil männlicher Patienten aber eher bei 15 bis 25 Prozent.

Dass die Zahlen bisher in keiner Untersuchung zu finden sind, ist bereits Teil des Wesens dieser Erkrankung, die ihre Aufdeckung so schwierig macht:

- Männer zeigen ihre Schwächen nicht und sprechen nicht über ihre Krankheiten.
- Verglichen mit Frauen erleben Männer abnormes Essverhalten erst viel später als krankhaft.
- Es ist mit viel Scham verbunden, eine „typische Frauenkrankheit“ zu haben.

Symptomatik, Unterschiede (männlich/weiblich) und Risiken der Magersucht sind tabellarisch dargestellt (Tab. 1 bis 3).

Selbstwert über die Figur definiert

Die Gründe für das Ansteigen der männlichen Magersuchtziffern sind in einer Verunsicherung in der männlichen Rollenidentität zu vermuten. Kompensatorisch wird das Selbstwertgefühl immer enger an Figur und Gewicht gekoppelt. Das Erreichen der Wunschfigur wird als Zeichen von Leistung und Selbstdisziplin gewertet und mit Attributen wie Durchsetzungsfähigkeit, Stärke und Erfolg verbunden.

Hochglanzillustrierte für Männer transportieren ein feminisiertes Männerbild sowie ein „Schlankheits- und Fit for fun-Ideal“. Den realen Körpermaßen gegenüber steht ein Schönheitsideal, das ohne diätetisches und genussfeindliches Verhalten kaum zu erreichen ist. Äußere Attraktivität wird zur Quelle von Anerkennung, Männlichkeit wird „nach außen getragen“. Muskeln werden in bodybuilding-Studios aufgebaut und der Waschbrettbauch trainiert. Dieses auch als Adonis-Komplex bezeichnete Phänomen führt also zunächst zur Muskelsucht. Hier besteht ein markanter Unterschied zur weiblichen Magersucht und Bulimie. Frauen möchten aus ästhetischen Gründen abnehmen, während Männer zunächst kontrolliert zunehmen wollen.

Von der Muskelsucht zur Magersucht

Diese für die männliche Form der Magersucht typische Entwicklung erscheint zunächst paradox, da am Beginn der Wunsch nach einer perfekten Formung des Körpers durch gezielte Muskelzunahme steht. Die entscheidende Erfahrung ist hier eine zwanghaft durchgeführte Diät mit dem Ziel, durch eine spezielle

Tab. 1: Die Symptomatik der Magersucht

Die Kernsymptome der Magersucht sind nicht geschlechtsspezifisch:

- Extreme Abmagerung unter einen BMI von 17 kg/m² (unter ca. BMI 14 kg/m² ist das Untergewicht als unmittelbar lebensbedrohlich einzustufen: Hier sollte kurzfristig die Einweisung in eine Fachklinik erfolgen).
- Der Gewichtsverlust ist absichtlich herbeigeführt: durch Hungern, Erbrechen, Abführen, übertriebene körperliche Aktivitäten etc. (Differenzialdiagnostischer Hinweis: Die anorektische Stressreaktion führt nie zu solch starker Gewichtsabnahme.)
- Es besteht eine Körperschemastörung, d. h. der Betroffene sieht zwar bei anderen die Magerkeit, erlebt sich selbst aber trotz massiver Abmagerung als zu dick.
- Panische Angst vor der Gewichtszunahme (Gewichtsphobie), verbunden mit einem extremen Umgang mit der Waage: entweder Verweigerung des Wiegens oder mehrfaches Wiegen täglich.



Nahrungsauswahl spezifisch den Muskelaufbau zu fördern. Wegen der stark reglementierten Nahrungsaufnahme muss die Lust auf bestimmte Genussmittel kontrolliert werden, d.h. sie wird zurückgedrängt. Aus der verbotenen Lust wird Gier. Sie fördert mit zunehmender Dauer der Diät die Tendenz zu impulsiven Durchbrüchen mit Fressanfällen.

Diese sehr schambesetzte Erfahrung führt wiederum zu vermehrten Kontrollanstrengungen und extremeren Formen der Diät und Impulsdurchbrüchen. Hier gerät dann irgendwann der ursprüngliche Gedanke des Muskelaufbaus in den Hintergrund, und es entflammt ein innerer Kampf um die Kontrolle, der „mit aller Härte geführt werden muss“, da er sonst in Richtung Fresssucht verloren gehen würde. Die Magersucht stellt so den Sieg der Selbstdisziplin über die Gefühle dar.

Ambulante oder stationäre Behandlung?

Gerade bei Männern werden Anorexien meist erst spät und in schwerer Ausprägung erkannt. Daher ist in der Regel die stationäre Behandlung unumgänglich. Kennzeichnend für die Therapie sind krisenhafte Verläufe, die erfahrene Therapeuten, ein eingespieltes Behandlungsteam und längere Therapiezeiten erfordern. Bei den Patienten sind das Essverhalten und die Beschäftigung mit Figur und Gewicht zum Lebensinhalt geworden, das „Dünnsein“ zur einzigen Quelle von Identität und Selbstwertgefühl. So kommt es nach der therapeutisch gewünschten Gewichtszunahme zu einer starken Labilisierung der Persönlichkeit mit entsprechender Dynamik.

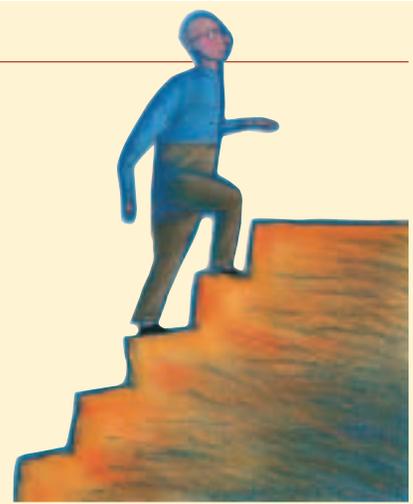
Ein klar strukturierter und intensiver Behandlungsrahmen ist auch erfor-

Tab. 2: Unterschiede zwischen männlicher und weiblicher Magersucht

- Die Erkrankung beginnt bei Männern später (zwischen 17 bis 24 Jahren gegenüber 12 bis 21 Jahren beim weiblichen Geschlecht). Die Gründe liegen in einer später beginnenden Pubertät, mit der die typische Selbstidentitätsproblematik in das Zentrum des Erlebens gelangt.
- Beginn bei Männern oft über Muskelaufbaudiäten, die dann erst sekundär in die Abnehmdynamik münden.
- Bei Frauen stellt sich fast immer eine primäre oder sekundäre Amenorrhoe ein, bei Männern finden sich hormonelle Störungen im Sinne erniedrigter Testosteron- und Gonadotropinwerte.

Tab. 3: Risiken der Magersucht

- Das Sterberisiko liegt bei etwa 15 bis 20 Prozent.
- Wegen der Mangelversorgung kommt es zum Eiweißabbau in allen Organen, mit zunächst reversiblen, später irreversiblen Schädigungen, z. B. an Herz, Leber, Niere und Gehirn.
- Bei Jugendlichen setzt eine Wachstumshemmung mit irreversiblen Minderwuchs ein (bedingt durch eine Minderfunktion der Hypophyse).
- Bei längerem Hungern kommt es zur Osteoporose.



derlich, um dem Suchtcharakter der Anorexie gerecht zu werden.

Ziele und Hauptthemen

Bei anorektischen Patienten findet sich oft eine starke Leistungsideologie und perfektionistische Grundhaltung. „Innere Werte“ und persönliche Identität als Kern eines gesunden Selbstwertes haben im rigiden „anorektischen Wertesystem“ keinen Platz.

Ein weiteres psychologisches Kennzeichen ist die Angst vor Kontrollverlust und die starke Tendenz zur Unterdrückung der eigenen Gefühle. Anorektische Patienten versuchen über die Kontrolle ihres Essverhaltens ein Gefühl von Stärke und Autonomie herbeizuführen (was der Kompensation von Selbstzweifeln und Selbstunsicherheiten dient). Das Streben nach körperlicher Perfektion schafft aber nur eine Illusion von Kontrolle. Magersucht ist in diesem Sinne als dysfunktionale und pathologische Form der Problembewältigungsstrategie anzusehen. Hier setzt das therapeutische Vorgehen an.

Diese komplexe Problematik, die der Anorexie zugrunde liegt, fordert einen integrativen und multimethodalen therapeutischen Ansatz (Tab. 4).

Zu Beginn der Behandlung steht das Erlernen eines normalen Essverhaltens mit Gewichtszunahme im Vordergrund. Hier werden strukturierende, verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Elemente wie Essstagebuch, Therapievertrag, strukturierte Mahlzeiten mit Essbegleitung und Nachruhe eingesetzt. Im therapeutischen Prozess werden die magersüchtigen Grundannahmen zu Essen und Gewicht besprochen und an der Korrektur gearbeitet. Die Körperschemastörung mit der Fehlwahrnehmung „zu dick zu sein“ wird in der körperorientierten Psychotherapie unter Einbezug von maltherapeutischen Elementen angegangen.

Der erfolgreiche Einstieg in die Therapie zeigt sich in einer kontinuierlichen Gewichtszunahme und in einer tragfähigen therapeutischen Beziehung, in der die vielfältigen Krisen angesprochen und aufgelöst werden können, ohne dass es zu einem Therapieabbruch kommt. Im zweiten Teil der Therapie treten vermehrt psychodynamische Aspekte in den Vordergrund, bei denen es um ein Verständnis der eigenen Erkrankungsdynamik und um die Entwicklung einer neuen, autonomen Lebensorientierung geht. Ein zu langer stationärer Aufenthalt (wir setzen diese Grenze bei ca. vier Monaten an) beinhaltet immer auch die Gefahr einer Gewöhn-

nung an den Hospitalisierungsschonraum. Deshalb müssen diese Aspekte aus Zeitmangel entweder ambulant weiterverfolgt oder zum Gegenstand einer späteren und dann kürzeren Folgetherapie werden.

Die Erfolgsaussichten der stringent durchgeführten Ersttherapie im stationären Rahmen sind recht gut und liegen über 50 Prozent. Mit jeder missglückten Therapie verschlechtert sich die Prognose dramatisch. Daher sollte die Therapie immer in einer auf Essstörungen spezialisierten Einheit stattfinden.

Dr. med. Thomas Falbesaner, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Neurologie u. Psychiatrie, Dipl.-Psych. Seit 1977 im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich tätig. 1992-1996 Aufbau u. Leitung der Kitzberg-Klinik, Bad Mergentheim, Zentrum für Essstörungen, danach Leitung der Schlossklinik Pröbsting, Borken. Seit 2002 Aufbau u. Leitung der Klinik am Leisberg, Baden-Baden, Klinik für Psychologische Medizin.

Dipl.-Psych. Andrea Czwick, Psychologie-Studium in Wuppertal, Schwerpunkt Klinische Psychologie. Weiterbildung zur approbierten Psychologischen Psychotherapeutin, Verhaltenstherapie. 2000-2003 therapeutische Leitung der Psychotherapiestation der Rheinischen-Kliniken Mönchengladbach. Seit 2004 psychologische Leitung der Abteilung für Psychotherapeutische Medizin (Indikationen: Essstörungen, Angst-erkrankungen, Belastungsstörungen) der Schlossklinik Pröbsting, Borken.

*Korrespondenzadresse:
Klinik am Leisberg
Gunzenbachstraße 8, 76530 Baden-Baden
E-Mail: tofa2003@web.de*

Tab. 4: Therapieziele

- Erlernen eines normalen Essverhaltens.
- Bearbeitung des Perfektionismus und asketischer Leistungsideale.
- Bearbeitung der Beziehungsstörung, Verbesserung kommunikativer Fähigkeiten.
- Förderung von Autonomie, Einüben von Selbstbehauptungsfähigkeiten.
- Bearbeitung der Körperschemastörung und von dysfunktionalen Grundannahmen zu Figur und Gewicht.
- Verbesserung von Selbstwertgefühl und Identitätserleben.
- Verbesserung von Gefühlsausdruck und -wahrnehmung.
- Verständnis für und Versöhnung mit der eigenen Krankheitsgeschichte.

Fordern Sie die Literaturliste bei der Redaktion an oder besuchen Sie die CMA im Internet unter www.cma.de